

1295
N.º 5
LEVES NOÇÕES

sobre

O Mal de Pott e seu Tratamento

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto

POR

MANOEL DE SOUZA RIBEIRO



PORTO

IMPRENSA NACIONAL

DE Jayme Vasconcellos & Irmão
35, Rua da Picaria, 37

1907

132/5 EHC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedratcos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva
geral Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia . . . Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos
medicamentos e materia me-
dica. Illydio Ayres Pereira do Valle.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e
therapeutica externa . . . Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria . Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.^a Cadeira — Partos, doenças das
mulheres de parto e dos re-
cem-nascidos. Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira — Pathologia interna e
therapeutica interna . . . José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica . . Antonio d'Azevedo Maia.
- 9.^a Cadeira — Clinica cirurgica . Roberto B. do Rosario Frias.
- 10.^a Cadeira — Anatomia patholo-
gica Augusto H. d'Almeida Brandão.
- 11.^a Cadeira — Medicina legal . . Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
- 12.^a Cadeira — Pathologia geral, se-
meiologia e historia medica . Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.^a Cadeira — Hygiene . . . João Lopes da S. Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Histologia e physio-
logia geral José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topogra-
phica Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubílados

- Secção medica José d'Andrade Gramaxo.
- Secção cirurgica } Pedro Augusto Dias.
 } Dr. Agostinho Antonio do Souto.
 } Antonio Joaquim de Moraes Caldas.

Lentes substitutos

- Secção medica } Thiago Augusto d'Almeida.
 } Vaga.
- Secção cirurgica } Vaga.
 } Vaga.

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Vaga.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enuncíadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, art. 155.º)

Á SAUDOSA MEMORIA DE

Meus Paes

A MEU IRMÃO

Victorino

A meus Irmãos

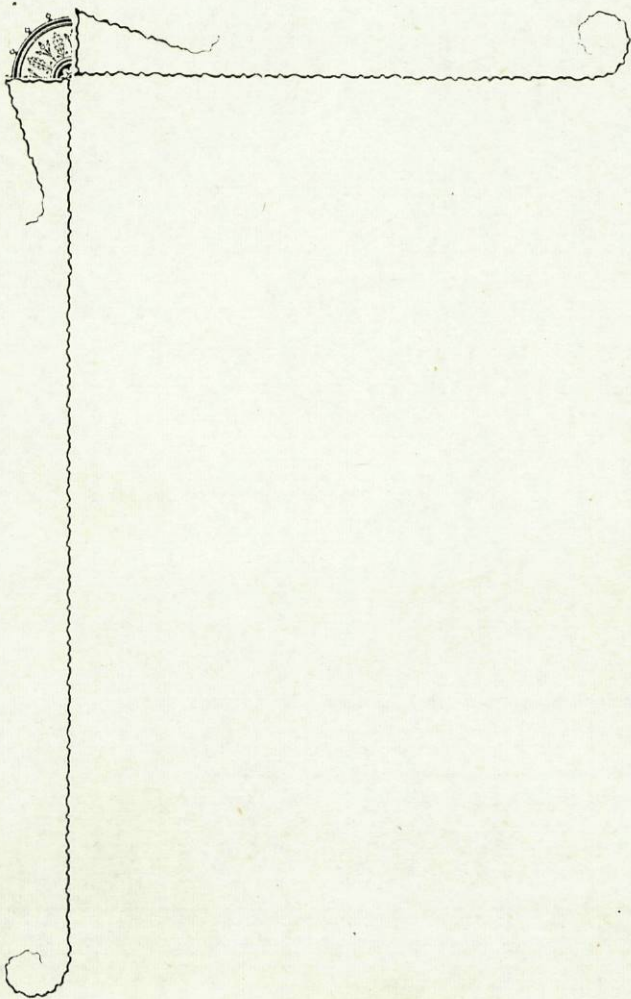
AO MEU AMIGO E COLLEGA

Alfredo Alberto Ribeiro de Magalhães

Ao meu presidente de these

O ILLUSTRE PROFESSOR

Dr. Antonio Placido da Costa



Prologo

Obrigado pela força das circumstancias a apresentar uma these para conclusão do meu curso, escolhi este assumpto que primeiro me veio á mente.

Escusado é dizer que o seu valor é insignificante e a sua originalidade nimia.

Mal alinhavada, escripta talvez um pouco à la diable, assim mesmo a apresento á benevolencia de V. Ex.^{as} que por certo relevarão a sua exiguidade e parcimonia em assumpto tão importante.

Mas, necessitando de apresentar esta prova e não dispondo de largo tempo, não me foi possivel ser mais extenso e minucioso.

D'este modo tenho cumprido a lei.

Dura lex, sed lex.

Mancel de Souza Ribeiro.

Etiologia.

Á cabeceira dos doentes é muitas vezes interrogado o medico sobre a origem do mal de Pott pelas pessoas de familia do doente ou pela sua entourage.

Algumas vezes é facil ao medico descriminar a origem do mal, porquanto sabendo nós que o mal de Pott é uma tuberculose vertebral nada mais facil do que prever a sua origem.

Assim é que muitas vezes a creança foi amamentada ou creada por uma ama tuberculosa, conviveu com creaturas tuberculosas.

Vê-se pois que muitas vezes encontramos creaturas atacadas do mal de Pott, filhas de paes robustos, mas a quem a convivencia com creaturas suspeitas ou infectadas contaminou. Acontece tambem que algumas vezes doenças ante-correntes preparam o terreno para a bacillose que mais tarde se desenvolve.

Assim a creança foi acommettida de bronchite de marcha lenta que como bem sabemos é sempre de natureza suspeita; outras vezes o sarampo, a escarlatina ou doenças intestinaes definharam a creança tornando-a apta a tubercular-se.

Ha casos, porém, em que a mais attenta observação, as mais minuciosas investigações, os mais cuidados interrogatorios nada conseguiram descobrir.

Nenhum membro da familia é tuberculoso. O doente não apresenta nenhuma das taras dos candidatos á tuberculose: anemia, perturbações cardiacas, emphysema, etc.

Algumas vezes mesmo, a creança, pertencendo a uma numerosa familia, é o unico dos seus irmãos que, creado e educado nas mesmas condições que os outros se tuberculisa.

A origem do contagio e as condições predisponentes escapam-nos então inteiramente.

Difficuldades identicas se encontram em outras localisações tuberculosas.

Frequencia da tuberculose vertebral

A tuberculose vertebral é uma das localisações mais habituaes do esqueleto e tambem a mais espalhada.

Se attendermos a que a tuberculose se desenvolve de preferencia no tecido esponjoso dos ossos

curtos e nas epiphyses dos ossos longos, facil nos é comprehender a sua localisação e a sua frequencia, pois que o rachis é de todo o esqueleto aquelle que maior quantidade de tecido esponjoso encerra; por outro lado nós sabemos que cada vertebra se compõe de duas partes: um arco anterior e um arco posterior.

O arco anterior é formado de tecido esponjoso, o arco posterior de tecido compacto; é pois segundo a lei já enunciada o arco anterior que se tuberculisa de preferencia, o que a observação claramente nos demonstra.

D'esta maneira o mal de Pott é clinicamente a tuberculose dos arcos anteriores, pois que a tuberculose dos arcos posteriores é tão rara como a tuberculose das diaphyses.

É que nos arcos anteriores do rachis o tecido esponjoso é tão abundante que elle se encontra nas condições mais favoraveis para o bacillo de Kock tal qual no pulmão, em que uma larga irrigação sanguinea e lymphatica permite uma larga e efficaz sementeira bacillar.

Estas mesmas razões que formam do rachis um terreno tão apto para a tuberculisação nos explicam facilmente a enorme extensão que póde tomar o mal de Pott.

É que, como sabemos, a columna vertebral é constituida por uma série de segmentos osseos ou vertebraes constituidos na sua grande totalidade por tecido esponjoso, separadas umas das outras pelos

discos intervertebraes os quaes, attenta a sua pouca vitalidade, pouca ou nenhuma resistencia oppõem á invasão do processo que d'este modo se póde generalisar a toda a columna.

Nos ossos longos pelo contrario e assim succede nos varios tumores brancos, o tecido compacto que fórma a grande massa dos ossos longos oppõe uma barreira quasi insuperavel á invasão tuberculosa.

Esboçada d'uma maneira resumida a etiologia do mal de Pott entraremos no estudo das causas occasionaes começando o seu estudo pela acção do traumatismo.

Comquanto a noção bacillar sobreleve todas as outras na apparição e desenvolvimento da tuberculose vertebral, é facto, porém, que os traumatismos desempenham um papel preponderante na sua apparição.

Sabemos que se n'uma cobaia a que tivermos injectado productos bacillares produzirmos um traumatismo do joelho esta violencia determinará a apparição d'um tumor branco.

Factos identicos se passam no homem e assim não é raro os paes attribuirem a traumatismos a origem unica dos padecimentos de seus filhos.

A verdade, porém, é que, se a infecção microbiana desempenha o papel primacial na producção d'esta doença, a acção traumatismal é tão pronunciada e evidente que nós não podemos negar a sua larga cooperação.

Verdade é que a experiencia acima citada feita

n'uma epocha em que o bacillo de Kock ainda não era conhecido foi contradictada por outros observadores, Lannelongue e Archard que com culturas puras não conseguiram senão resultados negativos.

Resta-nos pois admittir que a acção de outros microbios que nos productos tuberculosos existem, como sempre succede, favoreciam a acção do bacillo de Kock ou então admittir que a grande actividade dos órgãos em via de desenvolvimento favoreciam a sua dissiminação tanto mais que é nas creanças que o mal de Pott se desenvolve de preferencia.

Muito mais certa e averiguada é, porém, a acção das pressões e movimentos exercidos pela columna vertebral.

Sobre este ponto de vista o rachis occupa um logar precisamente identico áquelle que occupam as varias articulações em presença d'uma invasão tuberculosa.

Com effeito ao passo que n'uma tuberculose costal ou craneana ou mesmo ainda phalangeana o movimento desempenha um papel pouco valioso, progredindo a doença quasi exclusivamente sob a influencia destructiva do bacillo, na tuberculose das articulações e entre ella a da columna vertebral a acção do movimento e das pressões varias desempenham um papel importante, quer na sua appareição quer no seu desenvolvimento.

A columna vertebral pela sua situação e pelas suas funcções está sujeita a movimentos e pressões contínuas que tendem como que a esmagar as ver-

tebras umas de encontro ás outras, favorecendo d'este modo o amollecimento dos focos tuberculosos e a sua mais facil generalisação.

De par e passo que nas tuberculosas das grandes articulações os doentes se defendem pela immobilisação, como se vê nitidamente na coxalgia, em que o doente se defende por adducção e flexão forçadas, na bacillose vertebral tal facto não se dá, pois que a columna tendo de supportar o peso do corpo na posição erecta e ainda mesmo no decubito dorsal fornecer ponto de apoio ás costellas e aos varios musculos, que as fazem mover, se não póde condemnar a uma immobilisação completa, base de todo o tratamento. A tuberculose vertebral é como a maior parte das tuberculosas frequentemente secundaria a infecções pulmonares ou ganglionares, pois não raro é que o doente seja um antigo escrophuloso ou que a autopsia nos venha demonstrar a presença de lesões tuberculosas mais ou menos extensas.

Algumas vezes, porém, a grande extensão do processo vertebral, contrastando com a pouca extensão das lesões pulmonares levam-nos a crêr que a tuberculose vertebral foi primitiva. Além d'isso é vulgar nos estabelecimentos que se dedicam ao tratamento de tuberculosas que o mal de Pott seja precedido durante muito tempo ou por gommias tuberculosas da pelle ou arthrites das grandes articulações, ao passo que é muito raro que a um mal de Pott se sigam lesões cutaneas ou osseas.

Parece, pois, que o mal de Pott é secundario a

essas lesões; porém se estas lesões se evidenciaram antes das lesões vertebraes, é muito provavelmente porque sendo as lesões cutaneas e dos pequenos ossos da mão ou pé mais accessiveis ao tacto e á vista, nos parecem por esse facto preceder a infecção vertebral.

Demais, sendo a situação da columna muito mais profunda, portanto menos accessivel, e, não sendo facil a sua infecção senão por via sanguinea ou lymphatica, comprehende-se que a tuberculisação dos differentes pontos do organismo se devia fazer simultaneamente.

E como para que a tuberculose vertebral se nos manifeste é necessario que uma ou mais vertebraes sejam destruidas, trabalho este que póde levar mezes e annos, comprehende-se bem que a lesão se evidencia muito tempo após o apparecimento clinico das outras manifestações.

Quanto á frequencia do mal de Pott em relação ás outras tuberculoses internas é de 16,5 % segundo a opinião de Lannelongue, sendo sobrelevada pela coxalgia que é de 29 %.

Se attendermos agora á idade dos doentes sobre uma lista de cento e oitenta doentes, Lannelongue encontrou: acima de dous annos quatorze casos, dos quaes dous de cinco mezes, um de sete mezes, um de dez mezes, um de onze mezes e nove de um anno.

Dos dous aos cinco annos noventa e um casos, dos quaes treze de dous annos, trinta e seis de tres

annos, vinte e dous de quatro annos e vinte de cinco annos.

Dos cinco aos dez annos cincoenta e nove casos.

Dos dez aos quinze annos dezeseis casos.

Vê-se, por este relato, que a doença augmenta de frequencia dos dous aos cinco annos, decrescendo abaixo e acima d'essa idade.

No adulto a tuberculose vertebral é muito mais rara e provavelmente resultado de algumas lesões tuberculosas muito mais remotas.

Terminadas estas breves noções sobre a etiologia e frequencia entraremos no estudo dos symptomas.

Symptomas.

A apparição das lesões tuberculosas precede sempre os symptomas, pois para que a tuberculose vertebral se nos manifeste é necessario que o processo morbido tenha invadido e destruido um ou mais corpos vertebraes para chamar a attenção sobre a deformação que d'ahi resulta.

Não podendo em geral determinar d'uma maneira precisa o momento da invasão da columna, nós somos levados a crêr que essa invasão se tenha dado por occasião de uma doença geral tão frequente nas creanças, como o sarampo, a escarlatina, etc., e admittir que essa doença abrisse caminho á invasão microbiana, preparando o terreno e permittindo assim a tuberculisação do organismo.

Outras creanças ha, porém, que não tendo tido

doenças d'esta natureza conviveram durante algum tempo com tuberculosas, fazendo nós datar d'ahi a origem da infecção.

E como se sabe que é necessario um certo tempo para que o bacillo de Kock consiga destruir uma ou mais vertebrae, avalia-se, talvez um pouco arbitrariamente, em tres ou seis mezes este periodo latente.

Algumas vezes mesmo o mal de Pott conserva-se sempre latente para nós, visto a sua pequena evidenciação. Clinicamente a tuberculose vertebral manifesta-se por tres symptomas consecutivos á fractura das vertebrae, e constituidos por difficuldades da posição erecta, gibbosidade, difficuldade da marcha ou simplesmente rigidez da parte doente.

Outras vezes os symptomas observados não se referem tanto ao esqueleto como á evolução do abcesso ou perturbações medulares e dos nervos rachidianos.

Observando uma creança n'estas condições, nota-se a saliencia anormal de uma parte maior ou menor da columna vertebral: esta disformidade é o primeiro signal que fere a nossa attenção. Se remontarmos, porém, aos antecedentes morbidos do doente, veremos que elle apresentava perturbações vagas que passaram despercebidas a nós ou á sua entourage.

Assim o doente accusava a presença de dores vagas, tinha-se tornado menos vivo e finalmente o seu estado de nutrição tinha-se fortemente resentido.

N'outros casos as perturbações da marcha e difficuldades da posição erecta se manifestam primitiva-

mente, accusando o doente uma rapida fadiga, apresenta-se triste e descança quasi continuamente. De preferencia o doente procura as posições que menos fadiga e dôr lhe acarreta: a posição sentada e o decubito dorsal.

N'alguns casos nota-se a tendencia que o doente tem a apoiar-se na posição erecta quer fazendo sustentar parte do tronco sobre os membros superiores quer apoiando as mãos sobre os quadris, diminuindo d'este modo o peso da parte superior do tronco sobre a columna.

A creança perdeu a sua flexibilidade, caminhando rigido sem as inflexões habituaes do tronco como se a columna constituísse um todo rigido e inflexivel.

Estes factos são principalmente característicos do mal de Pott da região dorsal ou dorso-lombar embora alguns como a fadiga, a rigidez e mesmo a saliencia anormal se encontrem na fôrma lombar.

Algumas vezes a doença póde iniciar-se por um tal ou qual grau de claudicação que nos leva a suspeitar a existencia d'uma arthrite, sobre tudo d'uma arthrite da articulação coxo-femural.

Com effeito a coxa apresenta-se flectida, o psoas contrahido, contracção esta determinada pela presença de um foco tuberculoso.

Todos estes factos se dão quasi exclusivamente por falta de observação pois examinando o rachis todas as duvidas se levantarão.

O mal de Pott da região cervical manifesta-se principalmente por um torticolis bastante pronuncia-

do ou ainda simples rigidez antes mesmo que as manifestações dolorosas.

O inicio da doença póde tambem manifestar-se por perturbações nervosas, principalmente as dôres em cintura depentes da lesão dos nervos rachidianos.

As dôres pôdem tambem irradiar-se para os membros inferiores, mas o seu valor symptomatico é muito menor que o das dôres em cintura; e a não se darem outros factos que orientem o medico estas por si só não são sufficientes para nos fazer suspeitar a origem do mal. Casos ha tambem em que as perturbações medullares precedem de longa data a deformação da columna, lançando no espirito do medico a maxima confusão quanto á origem verdadeira d'estas perturbações.

O que então notamos de preferencia é a difficuldade da marcha ligada a uma paresia dos membros inferiores ou mesmo a paraplegia.

É nos adultos que as dôres em cintura, as dôres vagas dos membros inferiores, as perturbações da locomoção se apresentam com maior nitidez; nas creanças pelo contrario a gibbosidade precede todos os outros symptomas.

Mais raras vezes um abcesso por congestão é o primeiro phenomeno que chama a attenção do medico sobre a doença.

Sendo os tres principaes symptomas do mal de Pott, a gibbosidade, o abcesso e a paraplegia sobre ellas incidirá mais a nossa attenção.

Passaremos pois ao estudo clinico de cada um d'esses symptomas.

Estudo clinico da gibbosidade

Geralmente a gibbosidade é bastante apparente todas as vezes que o doente recorrer ao medico, pois sabida é a tendencia que os doentes teem em evitar a intervenção medica o mais possivel, de modo que só n'um periodo avançado se apresentam á consulta.

Se assim succede a maior parte das vezes nem sempre assim é, pois que algumas vezes o medico tem de haver-se com doentes cuja deformidade apenas se inicia.

N'estas condições um estudo attento do rachis se impõe para verificar se alguma saliencia existe e se ella é pathologica ou simplesmente um facto normal.

Para nos orientarmos n'este exame é necessario conhecer a conformação normal do rachis e lembramo-nos que n'um doente não tratado a gibbosidade é sempre precedida de rigidez da parte correspondente.

Principiaremos o nosso estudo pela disposição normal das apophyses espinhosas.

As vertebrae da região cervical estando recober-tas por uma camada muscular bastante desenvolvida estão por esse facto profundamente situadas e portanto pouco accessiveis á exploração; comtudo podemos sentir a apophyse espinhosa do axis no fosseta accipital, a sexta vertebra cervical e a septima vertebra ou proeminente no adulto, que não na creança em que a primeira dorsal é mais saliente e portanto a mascara.

Na maior parte dos individuos contam-se facilmente as tres ou quatro primeiras vertebraes dorsaes que formam outras tantas saliencias nítidas e bem pronunciadas; quanto ás restantes são dirigidas quasi verticalmente de diante para traz, pouco levantadas e portanto menos apreciaveis.

A partir da quarta vertebra dorsal a serie das apophyses é apenas pronunciada, sendo quasi verticaes e perfeitamente imbricadas.

Desde a 12.^a vertebra dorsal ao sacro as apophyses espinhosas tornam-se volumosas e horisontaes.

Na parte inferior do tronco a espessura das camadas musculares mascara geralmente a saliencia das ultimas lombares.

Qualquer que sejam porem as apophyses que pretendamos examinar ellas occultam-se-nos na extensão do rachis e pelo contrario salientam-se na sua flexão.

Portanto todas as vezes que quizermos examinar a columna vertebral devemos levar ao maximo a flexão da serie a estudar.

Ainda mesmo com esta flexão forçada ha um certo numero de vertebraes que escapam á exploração quaes sejam: a terceira, quarta e quinta cervicaes.

Quanto ás restantes embora não se apresentem com a nitidez da quarta, quinta, sexta, setima, oitava, nona e decima dorsaes, comtudo salientam-se o sufficiente para se tornarem visiveis.

Para evitarmos o confundir uma conformação

normal com uma deformação devemos ter em vista as grandes variedades que se notam nos varios individuos com relação ao volume das apophyses espinhosas cervico-dorsaes e dorso-lombares.

Tambem não devemos esquecer que as apophyses lombares desde a primeira até á quinta teem o aspecto de uma linha recta na posição erecta ou simplesmente convexa.

D'esta serie de vertebrae a terceira corresponde ao ponto culminante da curva e a quinta menos desenvolvida que as outras é menos apparente pela sua profundidade e pela depressão que a sua crista espinhosa apresenta.

Conhecedores da situação e morphologia das diferentes apophyses passaremos ao estudo dos movimentos normaes do rachis.

Movimentos normaes do rachis

No seu estado hygido a columna executa quatro séries de movimentos: flexão, extensão, movimento de lateralidade e movimento de rotação ou torsão.

Para o nosso caso apenas os tres primeiros movimentos nos interessam.

Se a uma columna revestida dos seus ligamentos imprimirmos um movimento de flexão, conservando o sacro firme, notamos que a columna descreve uma curva de concavidade anterior e inferior;

mas em vez de de uma curva regular, como seria facil suppôr, veremos que ella apresenta uma série de desigualdades conforme a região que consideramos.

Assim na região cervical as cinco primeiras vertebrae formam uma linha horisontal, olhando directamente para baixo; ao passo que a partir da sexta cervical se inicia uma forte concavidade para diante cujo maximo corresponde á sexta dorsal, declinando d'ahi até á primeira lombar em que a columna toma novamente a direcção rectilinea e vertical.

Para que a columna possa passar da sua posição normal á flexão forçada, dão-se uma série de modificações na situação das vertebrae umas em relação ás outras: os corpos vertebraes approximam-se na parte anterior comprimindo os discos intervertebraes que se salientam para a parte posterior, basculando ao redor das apophyses articulares como centro, ao mesmo tempo que os arcos posteriores se afastam em leque.

Este movimento é bridado pelos ligamentos interespinhosos e amarellos que n'um maximo de flexão podem attingir tres vezes o seu comprimento.

No vivo, este afastamento em leque é pouco sensivel a não ser entre as duas ultimas cervicaes e as cinco primeiras dorsaes.

Comparando o estado de flexão com a attitude normal do rachis vêmos que a convexidade cervical se transformou n'uma recta, que a concavidade dorsal se accentuou mais e finalmente a convexidade da

região lombar se rectificou ou ficou transformada n'uma leve concavidade.

Se agora, conservando o sacro firme, imprimirmos á columna um movimento de extensão vemos igualmente que o rachis não fórma uma curva regular mas sim apresenta na sua parte superior e inferior duas curvaturas muito pronunciadas, ao passo que o resto da columna se torna rectilínea; d'estas duas curvaturas a cervical é sobretudo accentuada.

Esta mudança executa-se ainda por um movimento de basculo ao redor das apophyses articulares, comprimindo os discos intervertebraes que se salientam para a parte anterior, ao mesmo tempo que as apophyses espinhosas se justapõem, os espaços interlamellares desaparecem e os ligamentos amarellos relaxados fazem hernia para o canal vertebral.

Devemos, porém, notar que este movimento de flexão se não observa no vivo ou no cadaver intacto, pois as partes molles se oppõem a este movimento exaggerado.

Na parte dorsal o movimento de extensão é bastante limitado pela disposição dos arcos posteriores, cujas lamínas altas e separadas por um pequeno espaço chegam facilmente ao contacto uns dos outros; demais as suas apophyses espinhosas são quasi verticaes justapondo-se rapidamente e concorrendo também para limitar o movimento.

Só as ultimas vertebraes dorsaes cujos caracteres se approximam das lombares apresentam uma maior mobilidade.

Nas vertebrae lombares pelo contrario, em que os discos, intervertebraes são bastante espessos, as apophyses espinhosas horisontaes, os espaços interlamelares mais amplos, o movimento de extensão é tambem muito pronunciado.

Quanto aos movimentos de lateralidade do rachis são muito accentuados no pescoço e na região lombar e muito limitados na região lombar e muito limitados na região dorsal em que a disposição das apophyses articulares, a proximidade das apophyses transversas e a inserção das costellas contrariam este movimento.

De tudo isto se conclue que as differentes partes do rachis se portam de modo diverso quanto á flexão e á extensão.

Assim na região cervical a extensão é muito pronunciada e flexão pouco, na região dorsal a extensão é pequena e a flexão é maior; finalmente, na porção lombar a extensão é maior do que a flexão.

As outras regiões intermediarias, as regiões cervico-dorsaes e dorso-lombares possuem os dois movimentos bastante acentuados.

Conhecidos d'este modo os diversos movimentos do rachis indicaremos a sua applicação na investigação do mal de Pott.

O primeiro signal que apresenta um ataque do mal de Pott é a rigidez ou a alteração dos movimentos da região atacada; é assim que deveremos principiar por investigar a flexibilidade da região suspeita.

Se se trata da região cervical em que todos os movimentos são pronunciados, nada mais facil do que este exame: basta levar a cabeça para diante, para traz, para a direita e para a esquerda.

Para a região dorsal, conserva-se o doente no decubito ventral, levanta-se a cabeça com uma das mãos e com a outra deprime-se a columna, executando ao mesmo tempo movimentos de lateralidade; temos assim realisada a exploração dos movimentos de extensão e lateralidade.

Para a região lombar procede-se do mesmo modo, levantando com uma das mãos os dois membros inferiores e explorando com a outra os movimentos.

Para os movimentos de flexão da região dorsal e lombar levanta-se o doente com uma das mãos sob o ventre e com a outra explora-se o movimento.

Em certas regiões do rachis o exame executa-se com mais facilidade na posição erecta que no decubito, principalmente na região dorsal, em que o movimento de extensão é facilmente apreciavel.

Se em qualquer d'estas regiões, quer pela inspecção, quer pela palpação notarmos um certo grau de rigidez, podemos suspeitar da existencia de uma bacillose vertebral.

É nas regiões de mais mobilidade, isto é, no pescoço, nos hombros e na região dorso-lombar que podemos concluir com mais segurança a existencia de uma bacillose, visto que sendo essas regiões as mais moveis, são aquellas que mais facilmente denunciam a existencia de qualquer contractura.

Algumas vezes, porém, quando o doente se apresenta, a gibbosidade está já no seu inicio e o exame do rachis simplifica-se muito mais e a duvida diminue.

Na região dorsal nota-se uma saliencia, leve e acuminada, formada por uma só apophyse espinhosa, cuja saliencia é visivel e sobretudo sensivel ao dedo que percorre a serie das apophyses espinhosas.

Esta inflexão é leve, pouco apparente e corrige-se facilmente pela pressão digital.

Algumas vezes a pressão determina a apparição de dôr que nem sempre existe e é mal apreciada pelas creanças.

Outras vezes a gibbosidade apresenta outro aspecto: em vez de notarmos uma saliencia unica como no caso de ha pouco, notamos sobretudo que duas apophyses espinhosas estão anormalmente afastadas, com um leve grau de inflexão simultanea de duas vertebraes.

Nos lombos a gibbosidade é um pouco menos apparente, tratando-se unicamente de uma vertebra; porém tratando-se de duas vertebraes atacadas simultaneamente, a deformidade torna-se muito mais pronunciada.

No pescoço a gibbosidade no seu inicio é pouco apparente, attenta a profundidade a que as vertebraes estão situadas.

As contracturas que iniciam a bacillose vertebral são tanto mais apparentes quanto maior fôr a mobilidade das regiões em que ellas se manifestem; pelo

contrario no que respeita á gibbosidade, o seu inicio é mais apparente nas regiões de menos mobilidade, como sejam a parte media do dorso.

É, pois, n'estas regiões que uma pequena gibbosidade, ás vezes constituida por uma unica apophyse, se torna bem evidente, contribuindo sobremodo para illuminar o diagnostico.

Um dos factos que ferem muito a attenção do observador é a incerteza ou melhor falta de segurança da marcha e a fadiga rapida, quer na posição erecta, quer na marcha.

Não devemos esquecer tambem que a contractura a que tanta importancia se liga como symptoma inicial da doença, póde diminuir ou desaparecer após varios dias de decubito dorsal.

Uma vez constituida a gibbosidade, a sua marcha é diversa, conforme as regiões em que ella se implantar.

Assim na região cervical ou na região lombar, a sua marcha é lenta, ao passo que na região dorsal a sua evolução é muito mais rapida, assignalando-se-lhe notaveis progressos de semana para semana, principalmente quando o doente se não conserva acamado.

Citam-se factos, embora raros, de gibbosidade de brusca appareição.

Como exemplo citaremos dois casos de Nélaton e outro de Tillaux.

No caso de Nélaton tratava-se de um rapaz que subia uma escada, levando em cada mão um vaso de vinho.

No caso de Tillaux trata-se de um individuo que tendo dado uma queda durante um passeio, se levantou, continuando a marcha por algumas horas; depois nada sentia, até que repentinamente as pernas se vergaram e o individuo cahiu não se podendo levantar.

Conduzido ao hospital nenhum vestigio de traumatismo lhe encontraram, notando-se comtudo a aparição de uma paralysisa que ia até á altura do terceiro espaço intercostal com impossibilidade de micção e incontinencia fecal.

Quatro dias depois este individuo succumbia e na autopsia a que lhe procederam verificaram que o corpo da sexta vertebra cervical tinha deslizado sobre o da setima, com arrancamento do disco intervertebral.

Um exame mais cuidadoso demonstrou que o corpo da setima vertebra cervical tinha soffrido a reabsorpção da metade da sua altura e que o disco intervertebral estava amollecido.

Outros observadores, como Ménard, não acreditam na possibilidade de taes factos, attribuindo-os a uma falta de observação, ou melhor ao desconhecimento do estado anterior do doente.

Para elle o traumatismo nada mais fez do que ou chamar a attenção do medico para o rachis, ou então exaggerar uma gibbosidade em via de crescimento.

Nada me custa, porém, a acreditar que esses factos se tenham dado e que o rachis, já então doente, podesse supportar sem reacção apparente o processo bacillar e que um excesso de pressão occasionado

por corpos pesados, como no exemplo de Nélaton, pudesse transformar uma gibbosidade apenas esboçada n'uma gibbosidade bem apparente.

Voltando novamente á evolução da gibbosidade, demonstra-se que o seu crescimento é nullo ou insignificante todas as vezes que um tratamento efficaz se estabelece e que os raros casos em que este facto se não dá, são devidos ou a localisações tuberculosas multiplas, ou então a lesões profundas do rachis.

As grandes gibbosidades observam-se nos individuos longo tempo abandonados á sua sorte, nos quaes predominem as fórmias dorsaes, pois que as fórmias lombares não tratadas, offerecem uma deformação muito moderada que o vestuario facilmente encobre.

Nas lesões cervicaes a bossa raras vezes se manifesta, a não se darem grandes destruições. O que predomina é uma alteração da attitude da cabeça que se torna fixa ou projectada para deante.

Quer de uma maneira quer d'outra, é sempre interessante para o medico a contagem das vertebraes atacadas, para mais facilmente fazer ideia da extensão do contagio.

Este problema, que na apparencia é de extrema simplicidade, nem sempre o é, pois casos ha em que a contagem das vertebraes é por assim dizer impossivel.

Assim, se se tratar d'uma gibbosidade angular da região dorsal, é sempre facil contar a ultima vertebra destruida na sua extremidade inferior.

Percorrendo a serie das apophyses espinhosas a

partir debaixo para cima, o dedo que a principio corria sobre uma superficie regular, é bruscamente detido na sua marcha por uma saliencia irregular constituida pela apophyse espinhosa que, como a anatomia pathologica mostra, pertence ao ultimo corpo vertebral completamente destruido.

Uma vez determinado o limite inferior, necessario nos é determinar o limite superior: para isso lembrarnos-hemos que a mudança de inflexão da columna constitue o limite da região doente.

Se, portanto, percorrendo o rachis de cima para baixo notarmos que elle muda bruscamente de curvatura, podemos affirmar que esse ponto marca o limite superior da affecção.

As apophyses comprehendidas entre estes dous limites pertencem a vertebraes cujos corpos vertebraes foram mais ou menos completamente destruidos. Podemos tornar mais evidente esta destruição percorrendo a série das apophyses doentes com um lapis e notamos que essas apophyses cedem facilmente á pressão o que não succederia se ellas pertencessem a vertebraes normaes.

Esta numeração de vertebraes embora um pouco abaixo da verdade, pois que no seu limite superior a doença vae além do limite apparente é comtudo sufficientemente approximado, sobretudo nas regiões dorsal e cervico-dorsal.

Na parte cervical do rachis esta numeração é mais obscura pela difficuldade que ha em encontrar o limite superior, pois que aqui a curvatura descri-

pta pelas vertebrae é de raio muito mais curto e por isso mesmo menos apreciavel.

Esta numeração das vertebrae é um facto que impressiona o clinico, pois a um pequeno desvio angular corresponde uma destruição bastante extensa.

Assim a uma gibbosidade dorsal cuja inflexão é de trinta a quarenta graus, corresponde a destruição de duas a tres vertebrae; e a um desvio que atinja ou ultrapasse noventa graus, corresponde a destruição de cinco, seis, oito e mesmo dez vertebrae.

Se na contagem das vertebrae attingidas attentarmos na posição das respectivas apophyses, notaremos que os espaços que as separam, variam d'umas para as outras. Assim é que na parte central mais proximo da parte inferior que da parte superior da gibbosidade as apophyses espinhosas estão separadas por um espaço maior do que nas extremidades.

A curvatura que corresponde ao centro de destruição é mais ou menos fechada, de raio mais ou menos longo.

Se agora quizermos avaliar da existencia de descollamentos secundarios, isto é de descollamentos periosticos, superficiaes e inter-vertebraes, veremos que esse exame é mais melindroso na parte central que nas partes externas da lesão.

Para facilitarmos o estado d'estas lesões secundarias deveremos examinar o doente no estado de repouso, sobretudo quando a lesão não seja muito antiga, visto que na posição erecta a columna se

contractura n'uma grande extensão ao nível e na proximidade da parte doente.

Sob o regimen de repouso o systema muscular relaxa-se e as differentes partes do rachis retomam a sua flexibilidade.

Examinando pois a columna verificamos que ou além da parte doente os movimentos do rachis são normaes ou então a contractura persiste qualquer que seja a duração do periodo de repouso a que o doente tenha sido submettido.

No primeiro caso diremos que não ha lesões secundarias ou melhor que as lesões não vão além da parte apparente; no segundo caso diremos que além das lesões denunciadas pela deformação ha varias lesões secundarias como sejam descollamentos perios-ticos ou inter-vertebraes.

Isto quanto á dynamica da columna; que quanto á sua morphologia não raro a uma curvatura de curto raio constituindo a parte mais nitida da lesão corresponde uma curvatura de longo raio indice da extensão do processo.

Para estes casos assim nitidos nenhuma duvida póde existir porquanto estas lesões correspondem a um estado geral grave, com grande depressão e perda de appetite que não cedem rapidamente a um tratamento apropriado como succede no caso de focos tuberculosos bem nitidos e limitados.

Se, em vez da lesão se continuar por uma zona de contractura com uma curvatura de mais longo

raio, ella se apresenta constituida por duas curvaturas separadas por uma parte em que exista uma curvatura de compensação e em que o rachis conservou os seus movimentos normaes podemos affirmar que se trata de duas lesões perfeitamente independentes uma da outra.

Quando porém a região comprehendida entre as duas lesões fôr constituida apenas por algumas vertebrae esta verificação torna-se muito mais difficil e de apreciação menos nitida.

Qualquer porém que seja a extensão do processo a lesão póde ser mais ou menos nitida conforme a região de que se trata, isto é póde ser mais ou menos apparente.

Ao nivel da região cervical ou lombar a uma destruição por grande que seja corresponde uma deformação relativamente pequena; nas regiões cervico-dorsal e dorso-lombar corresponde uma deformação que póde attingir grandes proporções.

N'um mal de Pott cervical grave a face posterior do pescoço apenas é levemente salientada por uma destruição das vertebrae cervicaes.

Aqui ao passo que a deformação esqueletica é relativamente pouco accentuada a attitude da cabeça é assaz caracteristica: o pescoço é rigido e inflexivel, resultando d'aqui que quando o doente necessita de mover a cabeça para qualquer dos lados só o consegue movendo todo o corpo; além d'sso um movimento forte de inflexão força o mento a vir ao

contacto do esterno, e quando o doente necessita de olhar para cima, só o consegue á custa de uma forte inflexão da porção dorsal.

Quando a acção da vontade cessa, a cabeça recahe novamente sobre o esterno.

E' este o aspecto do mal cervical grave em que só as vertebrae cervicaes estão compromettidas.

Se porém alem das vertebrae cervicaes algumas vertebrae dorsaes forem tambem attingidas outro, será o aspecto do doente.

N'estas condições a região escapular apresenta uma saliencia geralmente em angulo recto em que existem duas a quatro apophyses espinhosas separadas umas das outras por profundos sulcos.

N'estas condições o pescoço cava-se para a parte posterior permittindo ao doente olhar na posição horisontal.

Na parte inferior da lesão o rachis apresenta uma pequena curvatura de compensação que pouco modifica a attitude da columna, resultando d'ahi que esta deformidade é facilmente mascarada pelo vestuario.

Na fórma dorsal temos a considerar duas fórmas: a primeira bastante rara é constituída pelo recúo de um só arco vertebral sendo por esse facto pouco aparente e facilmente dissimulavel; no segundo caso que é o mais vulgar a deformidade toma proporções consideraveis.

Na região lombar a cyphose é pouco accentuada e facilmente mascarada pelo vestuario; além d'isso a

formação de lordoses compensadores contribue effi-
cazmente para este mesmo resultado.

Os doentes attingidos n'esta região apresentam
uma fôrma característica que permite ao medico
diagnosticar a séde da lesão sem contudo a obser-
var directamente.

O dorso é fortemente cavado no seu conjuncto,
as espaduas são lançadas para traz, o ventre proe-
minente, as nadegas distendidas, ou melhor planifi-
cadas, o peito saliente, a crista sagrada vertical e os
joelhos levemente flectidos.

A lordose dorso-lombar e a inflexão dos joelhos
são característicos e necessarios ao equilibrio do
doente.

Nos casos graves de tuberculose lombar em que
toda esta região está destruida a estatura do doente
é encurtada, a região costal approxima-se da região
ilíaca, o ventre é levemente saliente e a sua altura
diminuida de metade, o sacro é vertical, as nadegas
planificadas, o femur estendido sobre o iliaco e os
joelhos fortemente flectidos; acima da lesão a parte
inferior do dorso curva-se para deante e as espaduas
cahem para traz.

Se convidarmos o doente a estender as pernas, o
equilibrio rompe-se, as espaduas cahem para deante
e o doente necessita de voltar á primitiva posição
para se conservar de pé.

Se quizermos estudar as grandes gibbosidades
temos de voltar a nossa attenção para a região dorsal,
que é de todas as regiões do rachis a que mais se

presta a uma grande deformação, attendendo não só á sua extensão, mas tambem á sua forte incurvação para traz nos individuos normaes.

Com effeito é n'esta região e nas duas regiões limites que a observação nos mostra a existencia de maiores e mais apparentes cyphoses.

Na região cervico-dorsal ou dorsal superior a gibbosidade tende a crescer attendendo á tendencia que os arcos posteriores das vertebraes destruidas teem para deslizar uns sobre os outros e á potencia das forças que actuam sobre a parte anterior do tronco. N'estes casos a região apresenta uma fórma angular que póde attingir noventa graus e as apophyses espinhosas dispostas em leque são fortemente afastadas umas das outras.

A gibbosidade cervical póde ser mais ou menos saliente conforme a curvatura fôr de raio maior ou menor.

No caso em que ella seja angulosa, caso que corresponde a grandes destruições, as apophyses espinhosas salientam-se uma a uma sob a pelle, havendo comtudo uma cuja saliencia sobreleva todas as outras, constituindo o vertice d'esse angulo.

Esta deformidade dá origem a um certo numero de lordoses compensadoras tendo, como sempre, por fim o estabelecimento do equilibrio.

A parte do pescoço supra-jacente á gibbosidade encurva-se fortemente para deante, deixando um profundo espaço entre o occiput e a extremidade superior e apparente da lesão.

Ao mesmo tempo a região dorsal e lombar curvam-se para diante, tornando-se a curvatura tanto mais evidente quanto mais intensa foi a gibbosidade que originou estas lordoses de compensação.

Além d'estas lesões proprias da columna dorsal, outras se nos revelam na região thoracica; o thorax é deformado, as costellas superiores dirigem-se directamente para baixo, perdendo a sua convexidade para fóra. O sternum é projectado para diante e do manubrium á ponta o osso segue direcção obliqua para baixo e para diante.

A esta deformidade assim constituida dá-se o nome de peito em quilha.

A conjuncção da gibbosidade inter-escapular e da proeminencia sternal constitue o que se chama thorax de polichinello.

Na tuberculose dorsal média em que a destruição é muito accentuada a deformação resultante é tambem muito accentuada e extremamente mutiladora.

A compensação estabelece-se por uma parte lordosa da região lombar e pela rectificação da parte da columna situada acima da gibbosidade. D'aqui resulta que esta lesão é de todas a mais apparente e aquella cuja dissimulação se torna completamente impossivel.

A estatura do doente encurta-se, os diametros do thorax augmentam em todos os sentidos, o sternum arqueia para diante, tomando o thorax uma fórma globulosa.

Alem d'estes casos que são os mais frequentes ha

outros em que existem duas e mais gibbosidades separadas umas das outras por espaços são que a poder de tempo acabam por constituir curvaturas de compensação.

Para finalisarmos este capitulo mencionaremos os casos de tuberculose vertebral diffusa em que toda a columna está encurvada, rigida, constituindo uma curvatura de longo raio em que podem apparecer algumas vertebrae mais salientes que as outras, regiões em que o mal incidiu com mais intensidade.

Abcesso do mal de Pott

Das tres lesões principaes do mal de Pott o abcesso é o que após a gibbosidade mais bastas vezes se encontra.

Este abcesso está sempre em communicação com o foco tuberculoso ou directamente por um pequeno tracto, ou indirectamente por um tracto mais ou menos longo: no primeiro caso diz-se que o abcesso é sessil, no segundo caso, que é emigrador.

A situação d'estes abcessos é muito variavel, dependendo esta variabilidade da maior ou menor distancia a que a collecção purulenta se foi collectar e da maior ou menor resistencia que os tecidos oppõem á sua diffusão.

De todas as regiões do rachis é a região dorsal e dorso-lombar aquella em que mais frequentemente a

tuberculose vertebral é complicada pela apparição do abcesso, de tal modo que n'estas tuberculosas se investigam quasi sempre os signaes dos abcessos.

E se n'este grupo de abcessos se estudam conjunctamente os abcessos lombares e dorso-lombares, é porque em qualquer d'estes casos o pús estando em contacto com o psoas, segue ao longo da sua bainha, quer esteja localisado nas ultimas vertebrae dorsaes ou nas vertebrae lombares.

E a razão d'isto está na inserção do psoas, que, como é sabido, se faz na columna a partir da undecima ou duodecima vertebra dorsal.

Ha alguns casos, porém, em que o pús tendo seguido a bainha do psoas não provém nem das vertebrae lombares, nem das ultimas dorsaes.

N'este caso para que tal facto se dê é necessario que descollamentos periosticos conduzam o pús até á origem do psoas, o que as investigações cadavericas teem longamente demonstrado.

Quanto á sua apparição, o abcesso póde ser mais ou menos precoce, dependendo isto da intensidade da lesão, da sua situação e ainda da instituição ou não de um tratamento anterior.

Nos individuos em que o mal de Pott foi reconhecido e submettido por esse facto a um largo tratamento de repouso, a apparição do abcesso é mais tardia e casos ha mesmo em que não chega a manifestar-se.

Nos individuos, porém, em que o mal de Pott não foi reconhecido ou n'aquelles em que um tratamento

não foi instituido, a apparição do abcesso é a regra e é mesmo pela sua apparição que o diagnostico se estabelece e que o medico procura investigar a origem da lesão.

Succede varias vezes que após um periodo de repouso, collocado o doente nas condições mais favoraveis de hygiene, em que todos os symptomas da doença teem desaparecido e que o doente é dado por curado, succede (diziamos) que a formação de uma collecção vem indicar que o processo se não acha completamente extincto.

É que mesmo após a cura, no seio da massa cicatricial, ficam sempre fragmentos de massa caséosa em que o bacillo se encontra em estado latente, esperando que uma occasião propicia favoreça o seu desenvolvimento, continuando elle então na sua faina destruidora.

Estes factos embora não demasiadamente vulgares, succedem após varios mezes ou até varios annos sem que nenhuma modificação do estado geral fizesse prever a sua apparição.

Quasi sempre estes abcessos tardios dependem de pequenas fendas ou pequenas bolsas caséosas e são facilmente combatidos pelas injecções modificadoras.

Voltando, porem, aos abcessos primitivos, como já haviamos dito, a data da sua apparição é muito variavel e assim não raro se nota que em individuos observados methodicamente a pequenos intervallos se não observa o mais pequeno signal de collecção.

Todavia se n'um doente atacado de mal de Pott cujo estado geral era relativamente satisfactorio, nós observamos a emaciação progressiva e perda de forças, a perda da sua coloração e em que o appetite desaparece, podemos prever para um periodo mais ou menos longo a apparição d'um abcesso.

Mas se nos é facil n'este caso determinar o inicio da formação do abcesso, não nos é facil determinar a epocha da sua apparição, porquanto é só varios mezes depois ou mesmo annos, que elle se manifesta.

Tratando-se de um abcesso da fossa iliaca, podemos determinál-o com relativa anticipação, sabendo que estes abcessos são acompanhados constantemente de claudicação e que o movimento de extensão da coxa se não realisa pelo menos completamente.

Para explorarmos a presença d'estes abcessos, mandamos postar o doente no decubito dorsal e fazendo uma forte extensão da perna, vemos que este movimento é impossivel ou pelo menos muito difficil e em qualquer dos casos doloroso, tratando-se principalmente de creanças.

Um outro processo de exploração consiste em collocar o doente no decubito dorsal, collocar a coxa em leve flexão e induzindo-o a respirar profundamente, aproveitar o momento da expiração para fazer uma palpação bimanual do psoas.

É sempre necessario n'estas explorações proceder com doçura para não provocar a resistencia da parte do doente e poder, á força de alguma persistencia, afastar as ansas intestinaes e chegar ao contacto do

psaos que, com um pouco de pratica, se consegue apprehender debaixo para cima em toda a extensão.

Consequindo isto por pressões convenientes e methodicas, chegamos a despistar uma collecção purulenta, embora de pouco volume.

Notamos então que o volume do psaos está augmentado em toda a sua extensão, na parte superior ou inferior sómente, e, em qualquer dos casos, notamos a existencia de fluctuação excercendo-se no sentido vertical.

Uma vez determinada a presença de uma collecção purulenta, necessario é determinar a sua fórma e a sua porção mais dilatada, facto este muito importante tratando-se do esvaziamento por punctão.

É este o procedimento do medico em casos de collecções de pequeno volume, que as collecções de grande volume se salientam nitidamente, seguindo a direcção do psaos ou extendendo-se ao longo da arcada crural.

Convém egualmente verificar se existe algum prolongamento na coxa e se uma pressão no triangulo de Scarpa se transmite á fossa iliaca, demonstrando assim a communicação dos dois abcessos que estão em relação um com o outro ou pela bainha do psaos ou por uma bainha vascular.

Estas collecções estendem-se no triangulo de Scarpa em todas as direcções para fóra ou mais vulgarmente ainda para a parte interna da coxa, perfurando então os adductores e vindo salientar-se por debaixo da prega nadegueira ou mesmo mais acima,

distendendo e levantando o musculo grande nadegueiro.

Algumas vezes a collecção purulenta estende-se para a parte superior da arcada crural, para o triangulo de Scarpa e para a região nadegueira, apresentando então uma fôrma tribolada.

Outras vezes succede que prolongando-se a collecção para a parte inferior da coxa, os abcessos iliacos se despejam n'elle.

Um facto mais raro consiste na junção do pús na região nadegueira sem abcesso iliaco e sem possibilidade pelo tacto de determinar o orificio de comunicação.

D'este modo todas as vezes que notarmos a presença d'um abcesso nadegueiro, somos auctorisados a crêr que elle fosse primitivamente iliaco, passando para a região nadegueira atravez dos anneis dos adductores.

Casos ha, porém, em que o pús segue uma outra via e penetra na região nadegueira pela grande chanfradura sacro-sciatica.

Em tal caso deve-se praticar o toque rectal para melhor nos orientarmos.

Todas as vezes que este facto succede, devemos concluir que a origem do mal está situada na região sagrada, pois os abcessos da região lombar seguem ao longo do psoas.

Quando, porém, a observação clinica nos demonstra a existencia de uma lesão da columna lombar, somos forçados a concluir que o pús se estendeu até

á região sagrada por successivos descollamentos periosticos.

Ha casos tambem em que o pús em vez de seguir qualquer dos trajectos já mencionados, atravessa o espaço pelvi-rectal e vem abrir-se nas proximidades do anus, d'onde a necessidade de pensar na origem ossea d'estas fistulas, tratando-se de individuos portadores do mal de Pott bem averiguado ou d'aquelles que pelo seu aspecto ou antecedentes manifestem signaes de bacillose.

No mal de Pott cervical a formação de abcessos é mais rara que no da região lombar, não porque taes abcessos se não formem n'essa região, mas porque o mal de Pott d'essa parte do rachis é pouco frequente.

Quando existe abcesso, elle forma-se no cavado supra-clavicular ou sob o sterno-mastoideu, ou ainda no seu bordo posterior.

Ha alguns casos, mas mais raros, em que os abcessos se formam na região retro-pharyngea ou retro-esophagica.

No mal de Pott cervico-dorsal os abcessos seguem uma marcha semelhante á dos abcessos cervicaes e toda a sua tendencia é a collectar-se na região do pescoço.

A estes abcessos que se estendem para a parte superior do rachis, seguindo, ou parecer seguir, um caminho opposto ao da gravidade, deu Bouvier o nome de recorrentes.

E se eu disse parecem, é porque geralmente existe uma gibbosidade que torna a região quasi horison-

tal, fazendo com que as partes molles da base do pescoço estejam situadas por diante das primeiras vertebrae dorsaes. N'estas condições o pús irá collectar-se na região supra-clavicular.

Demais, no pescoço, como nos lombos, existe um musculo o longo do pescoço que recobre as vertebrae cervicaes e as tres primeiras dorsaes, e é ao longo da sua bainha que o pús corre até á base do pescoço.

Nos abcessos da região dorsal média, que vae da quarta até á decima vertebra dorsaes, o pús não tem tendencia a formar abcessos emigradores pela difficuldade que tem em achar uma bainha aponevrotica ao longo da qual caminhe.

Com effeito, tendo nós considerado a região constituida apenas por seis vertebrae á quem das inserções do longo do pescoço e do psoas, nenhum musculo existe n'esta região cuja bainha possa servir de vector á collecção purulenta.

N'estas condições o pús tenderá a enkistar-se, recalcando a pleura e o pulmão, que se defende pela formação de adherencias; além d'isto, como esta região do rachis é pouco movel, os estragos da doença são pouco accentuados e a producção do pús menor.

As mais das vezes estes abcessos intra-pleuraes passam despercebidos, attentas a sua profundidade e pequeno volume que os fazem escapar facilmente aos diversos meios de exploração thoracica.

Alguns casos ha em que o pús prefura os bronchios.

Chenieux cita quinze casos e Ménard cita um exemplo observado por elle:

«N'um caso de mal de Pott dorsal um abcesso já aberto para o exterior na gotteira costo-vertebral occasionava accidentes febris.

Injecções de ether iodoformado foram praticadas na fistula, afim de evacuar mais completamente o conteúdo da collecção.

O doente foi tomado de um violento accesso de suffocação, ao mesmo tempo que o ar expirado tinha um forte cheiro de ether iodoformado.

A suffocação acabou por desaparecer, notando-se então que o doente expectorava uma fraca quantidade de pús.

O doente não succumbiu a estas complicações.

A fistula dorsal fechou-se e a expectoração purulenta persistiu sem alterar a saude geral.

O doente, creança assistida, de quatorze annos de idade, deixou Berck não curada.»

A sua abertura para o exterior na proximidade do foco é muito rara. Ménard cita o caso seguinte:

«Um de nós foi surprehendido por particularidades raras.

A affecção vertebral tinha principiado pela paraplegia, sem vestigio de gibbosidade, n'uma creança de seis annos, d'onde uma primeira difficuldade de diagnostico.

A inflexão vertebral sobreveio alguns mezes mais tarde e a paraplegia desapareceu.

Em seguida um abcesso se mostrou ao lado

direito do rachis sob o rebordo espinhal do omoplata.

Ao mesmo tempo, nós contrastavamos os signaes evidentes d'um volumoso derrame da pleura do mesmo lado; tudo isto com um apparatus febril grave e uma suffocação ameaçadora. Pareceu-nos difficil distinguir se estavamos em presença d'uma collecção sub-pleural fazendo hernia sobre um ponto da parede costal, ou se o derrame pleural era distincto do abcesso.

A situação do doente impunha uma punção pleural.

Na mesma sessão fiz a evacuação do abcesso de conteúdo puriforme, depois a do derrame pleural de liquido serôso.

As duas collecções eram distinctas. A pleurisia esgotou-se rapidamente, o abcesso punccionado varias vezes acabou por curar após um curto periodo fistuloso».

N'alguns casos mais excepçionaes a um abcesso em vez de se abrir directamente atravez da parede thoracica, pôde descollar a pleura e vir abrir-se a uma distancia maior ou menor, geralmente por baixo das ultimas costellas.

Os abcessos e sua evolução

A actividade e importancia do abcesso tuberculoso depende da intensidade e actividade do fóco ba-

cillar e assim é que um certo numero de tuberculosas vertebraes não abcedam, porquanto a quantidade de pús é muito pequena e a sua situação não permite facilmente dissimular-se.

Não podemos porém dizer que tal abcesso não exista visto que a lesão constitue um abcesso em ponto pequeno.

Para que haja a formação de um abcesso sensível é necessario que a destruição seja grande e que o pús se origine n'uma região em que a emigração seja facil.

É nas regiões de maior movimento: pescoço e lombos que este phenomeno se dá.

E não é só o movimento, mas tambem a disposição anatomica d'estas regiões que justificam o facto que como já sabemos, a existencia do psoas e do longo do pescoço favorecem esta emigração servindo de conductores á collecção purulenta.

Attendendo por conseguinte a estas duas ordens de factos, podemos dizer que os abcessos do pescoço se abrem quasi constantemente, os dos lombos as mais das vezes e os do dorso muito mais raramente.

Entenda-se porém que nos referimos a bacilloses vertebraes não submettidas a um tratamento conveniente e opportuno, porque n'estas os abcessos não chegam a maior parte das vezes a abrir-se.

Não obstante a feliz intervenção dos meios hygienicos raro é que estes abcessos curem por reabsorção.

É-se sempre obrigado a intervir por punções successivas e só assim se conseguem esgotar.

Quanto á sua evolução bem diversa ella é nos abcessos frios fechados e nos abcessos frios abertos.

No primeiro caso trata-se de uma tuberculose pura, no segundo trata-se de uma tuberculose mixta em que ao bacillo de Kock se vieram juntar outros agentes productores de suppuração; e o pús, que até então apresentava os caracteres do pús tuberculoso ou pús mal ligado, passa a apresentar os caracteres mixtos, isto é, um aspecto intermedio entre o pús tuberculoso e o pús banal.

Ao mesmo tempo que a suppuração se transforma o abcesso passa a apresentar caracteres do abcesso quente com elevação de temperatura e rubefacção.

Os phenomenos geraes apparecem, iniciando-se pela febre chamada de reabsorpção com exacerbações vespertinas e remissões matinaes, complicando-se com perda de appetite e emaciação geral, a que se segue uma rapida decadencia organica.

Nos abcessos fechados pelo contrario: embora não absolutamente benignos, o estado geral conserva-se relativamente satisfactorio, não causam ao doente o minimo embaraço, se exceptuarmos os da região iliaca, e raras vezes occasionam a morte.

E estes raros casos ainda correspondem a lesões tuberculosas graves como sejam a destruição e descollamentos periosticos da região dorsal e parte da região lombar (caso de Ménard).

«Apezar de fechado a febre installou-se e o doente decahiu rapidamente.»

Como quer que seja, ainda mesmo que o abcesso se conserve fechado, elle terá sempre tendencia a abrir-se todas as vezes que o seu volume tender a augmentar.

A disposição e extensão das fistulas influem muito na marcha ulterior de um abcesso aberto.

Os abcessos da região cervical superior que se abrem por um pequeno tracto no bordo posterior do sterno mastoideu são de muito menor gravidade que os da região lombar que se abrem geralmente nas virilhas por um tracto muito mais longo.

Dependerá talvez a sua gravidade de uma drenagem insufficiente e da impossibilidade de lhe prestar cuidados antisepticos sufficientes.

A clinica demonstra que os abcessos de curto tracto são compatíveis com um bem estar geral, um grau de nutrição florescente e um appetite regular.

Uma vez aberto o abcesso são necessarios os maiores cuidados para evitar a infecção do organismo, cuidados estes tanto mais importantes quanto a reabsorção de productos microbianos se vae reflectir sobre as visceras, (figado, rins e intestinos) provocando degenerescencias amyloides e gordurosas.

Com cuidados antisepticos minuciosos e pensos renovados quotidianamente ou biquotidianamente pôde-se conseguir um certo grau de inocuidade para

o organismo e reduzir a suppuração a uma quantidade minima.

Infelizmente uma vez estabelecida a infecção secundaria ella não tem tendencia a desaparecer, persistindo indefinidamente com periodos de agravamento e acalmação até que a decadencia organica se torne completa, succumbindo o doente por perda de appetite resultante da degenerescencia visceral e intoxicação septicemica.

Nos periodos terminaes da doença a urina desce a quatrocentos, trezentos e mesmo cento e cincoenta grammas, chegando a conter por litro dez grammas de albumina.

Ao mesmo tempo a face torna-se cirrosa, o appetite é nullo e o doente succumbe n'uma cachexia progressiva.

Outras vezes o doente succumbe pelos rins, com oliguria, oedemas da face e dos membros inferiores que se generalisa acompanhando-se de ascite e anasarca.

Todavia em condições favoraveis alguns doentes conseguem vêr os seus abcessos diminuidos, as suas fistulas encurtadas e até mesmo desaparecidas.

Este facto é mais raro nos adultos que nas creanças, nas quaes mesmo esta feliz terminação é pouco vulgar.

Paraplegia

Entre todos os symptomas do mal de Pott é este que occupa o ultimo lugar, aquelle que menos vezes apparece.

Com effeito para que uma paraplegia se declare é necessario que não só as meninges sejam comprehendidas no fóco tuberculoso como tambem que este fóco esteja situado n'uma região onde o pús não tenha facil sahida para o exterior.

E é na região dorsal média que este facto mais se dá, pois nas outras regiões da columna o pús facilmente caminha para o exterior quer ao longo da bainha do psoas quer seguindo a bainha do longo do pescoço.

Nas outras regiões se a paraplegia existe é muito rara (segundo Ménard) se exceptuarmos o mal suboccipital. cujas perturbações affectam egualmente os membros superiores e inferiores.

Na região lombar tambem é rara a paraplegia abaixo da segunda vertebra em que o pús está em contacto com a cauda de cavallo e se algumas vezes a paraplegia existe é porque o abcesso tuberculoso attingiu a dilatação lombar da medula.

A paraplegia acompanhando o mal de Pott raras vezes se manifesta no inicio da doença, antes é uma manifestação do mal de Pott bastante adiantado.

Algumas vezes porém a paraplegia, sobretudo

nas creanças, precede todos os outros symptomas concorrendo para obscurecer o diagnostico.

Assim Ménard cita-nos o seguinte caso :

«Observamos em 1893 uma creança de sete annos enviada ao hospital por Legroux com um principio de paraplegia, cuja causa era mal elucidada.

O mal de Pott era apenas suspeitado, o rachis não offerecia nenhuma especie de deformidade e como o doente estava em decubito dorsal, observado um certo tempo, nenhuma contractura se podia nitidamente distinguir.

A mobilidade do rachis parecia normal acima e abaixo da região dorsal.

Comprehende-se que reserva convinha guardar relativamente á região inter-scapular normalmente pouco movel.

As dôres locais á pressão eram nullas ou pouco evidentes.

Apenas se podia suspeitar que o mal de Pott fosse a origem das perturbações paralíticas.

A marcha não era possível senão com o auxilio de segunda pessoa, o reflexo patelar estava augmentado, e a sensibilidade ao tacto e á dôr diminuida.

A incerteza persistiu varios mezes após as quaes a gibbosidade acabou por se mostrar.

Mais tarde um abcesso appareceu ao exterior no lado direito da gibbosidade atravez da parede thoracica.

A paraplegia dasapparecera.»

A apparição de phenomenos paraplegicos dá-se

geralmente na epocha em que o fóco tuberculoso está em plena actividade, n'um doente cuja gibbosidade data de alguns mezes ou dous annos.

A mesma epocha do abcesso coincide com a da paraplegia pois é elle a causa immediata da paraplegia.

Signaes de paraplegia. — Habitualmente a paraplegia não sobrevem d'um modo brusco, mas leva algumas semanas a manifestar-se e desenvolver-se.

O doente principia a andar com difficuldade, queixando-se de fraqueza.

Ao cabo de algumas semanas a marcha torna-se impossivel.

N'este momento o doente accusa, mas não sempre, a existencia de dôres irradiadas para as coxas, pernas e joelho.

A sensibilidade reflexa está exagerada, principalmente o reflexo patelar, phenomeno que habitualmente precede a apparição da paraplegia.

Contrariamente ao que se dá com a mobilidade do rachis, cuja contractura desaparece rapidamente com o repouso, a paraplegia só é influenciada favoravelmente por um periodo muito mais longo de repouso, transformando-se mesmo, muitas vezes a paresia em paraplegia.

Os movimentos voluntarios vão diminuindo pouco a pouco desaparecendo por vezes completamente.

As perturbações sensitivas são precedidas geralmente pelas perturbações motoras e podem manifes-

tar-se em todas as suas modalidades: tacto, thermesthesia ou algesia, podendo achar-se dissociadas.

As modificações dos reflexos podem fazer-se em dois sentidos: ou augmento de intensidade, ou diminuição e mesmo abolição. Esta abolição é muito rara no reflexo patelar.

De um modo geral podemos porém dizer que os reflexos são sempre augmentados.

No primeiro grau o pé levanta-se do leito ao mais pequeno choque do tendão rotuliano, voltando em seguida á sua posição de repouso.

Se ha aggravamento dos phenomenos paraplegicos o choque do tendão rotuliano determina não sómente a extensão, mas tambem uma trepidação mais ou menos prolongada e nitida.

N'um periodo mais avançado este choque determina uma contractura mais ou menos duravel.

Vêmos então a transformação da paralysis placida em paraplegia com contractura, caso este muito frequente.

Este phenomeno, a contractura, offerece graduações varias: produzida a principio por excitações leves acaba por se tornar continua, offerecendo tal resistencia que se torna invencivel.

N'este ultimo grau a contractura complica-se quasi sempre com movimentos involuntarios produzidos ou espontaneamente ou sob a mais leve excitação.

A trepidação epileptoide produzida pela flexão subita do pé é um phenomeno que quasi sempre acompanha o exagero do reflexo patelar.

Do lado das visceras temos a notar de importante a incontinencia ou retenção vesical e principalmente a paresia; no recto temos a incontinencia de fezes de longa duração nas paraplegias de fôrma grave.

Como perturbações trophicas temos a notar a formação de escharas que apparecem e desaparecem alternadamente infectando-se muitas vezes e pondo em perigo a vida do doente.

As perturbações motoras e sensitivas são bilateraes.

A hemiplegia e algumas vezes a hemiplegia alternada, motora d'um lado, sensitiva do outro, são fôrmas de paralyasia que se acham frequentes vezes reunidas no mal sub-occipital, mas que são estranhas ao mal de Pott.

Nem sempre os dois membros inferiores são atingidos egualmente.

Os movimentos, a sensibilidade, são desegualmente affectados á direita e á esquerda em muitos doentes.

Do mesmo modo as modificações do reflexo patelar e as contracturas são desemealhantes d'um lado ao outro.

A duração de uma paraplegia pottica é muito variavel: a maior parte das vezes um certo grau de enfraquecimento dos membros inferiores com paresia leve, attenua-se pouco a pouco, algum tempo depois que o doente foi submettido ao regimen de repouso.

Em dois ou tres mezes os movimentos voltaram pouco a pouco ao seu estado normal.

Contudo a paraplegia ainda quando tratada convenientemente desde o principio não se detem nunca, augmenta após o repouso e torna-se mais ou menos completa, conservando-se ou não a sensibilidade e quasi sempre com contracturas.

Em taes casos só após um periodo de varios mezes, um ou dois annos se poderá esperar o retorno das funcções normaes.

A incontinencia vesical ou vesico-rectal dura varios mezes ou mesmo um anno.

A cura effectua-se quasi sempre, sendo annunciada pela diminuição das contracturas e retorno da sensibilidade, bem como cessação da incontinencia.

O apparecimento de movimentos voluntarios é consecutivo.

Os progressos d'esta melhora são muito rapidos.

Uma paraplegia grave, complicada de contracturas violentas e dolorosas e de paresia vesical póde attenuar-se em dois a tres mezes a ponto de o doente levantar por si mesmo os membros inferiores e executar todos os movimentos.

Parece que a causa da paraplegia tendo cessado de actuar, o retorno das funcções se fez d'algun modo por si mesmo.

Diagnostico.

O simples recuo de uma apophyse espinhosa que parece enucleada para traz com uma inflexão minima, que se distingue mal, tal é a primeira variedade do principio.

Esta saliencia não poderia ser confundida senão com uma apophyse anormalmente desenvolvida.

Para que uma confusão se dê n'este sentido é necessario desconhecer a disposição das apophyses espinhosas das differentes vertebraes.

A setima vertebra cervical, a primeira dorsal e a quarta lombar, teem todas uma apophyse mais saliente que qualquer das outras; é preciso, pois, não confundir, evitar tomar por doente uma vertebra que geralmente o não está.

Notando, porém, que, por exemplo, a quinta dorsal e as primeiras cervicaes são muito apparentes, so-

mos levados a crêr que ellas pertencem a vertebrae affectadas de tuberculose.

Um outro signal que concorre para mais avigorar a nossa crença n'este sentido consiste n'um comêço de inflexão do rachis, que nem sempre é muito nitido no caso em que duas vertebrae sejam ambas affectadas e portanto insufficientes para produzirem uma inflexão pronunciada.

Nos lombos e no pescoço não se distingue bem uma leve mudança de direcção da haste rachidiana, attendendo á mobilidade da região, que facilmente mascara qualquer alteração, sobretudo se o doente está repousado e as contracturas acalmadas.

Uma vez, porém, que a gibbosidade, denunciada pela saliencia espinhosa ou pela inflexão se accentuou, todas as duvidas desapareceram.

Ainda mesmo quando a gibbosidade não seja perfeitamente sensivel, a contractura dos musculos rachidianos e a rigidez resultante constituem um bom elemento de diagnostico.

A rigidez da haste rachidiana revela-se principalmente na marcha e attitude erecta. O doente conserva pouca firmeza na marcha, verga levemente os joelhos e deixa pender os braços para traz, como para restabelecer o equilibrio.

Uma vez deitado, o paciente recupera a flexibilidade rachidiana, que novamente se altera quando elle, abandonando o leito, retoma a posição erecta e a marcha.

Este phenomeno pôde surgir ainda antes do ap-

parecimento da inflexão, servindo n'este caso para estabelecer o diagnostico.

Um facto importante a considerar na investigação do mal de Pott é o exame dos movimentos do rachis.

Convém verificar como se realisam os seus movimentos e muito principalmente os de flexão e de extensão.

Um bom meio de explorar os movimentos da columna consiste em convidar o doente a apanhar um objecto no solo alternadamente com a mão direita e com a esquerda.

D'este modo póde-se facilmente vêr como se realisam os movimentos de flexão e extensão e tambem os movimentos de rotação e lateralidade.

As mais das vezes é facil nos doentes não submettidos ao repouso, apreciar perfeitamente uma perturbação, embora leve, na mobilidade e elasticidade de uma determinada região do rachis.

Nas regiões de maior mobilidade, como os lombos e o pescoço, é ainda muito mais facil apanhar as alterações de elasticidade e mobilidade. No pescoço chega mesmo a formar-se um desvio lateral simulando um torcicolo.

Outras vezes é simplesmente immobilizado em rectidão ou tem os seus movimentos mais limitados do que normalmente.

Nas regiões de maior mobilidade, como o dorso e principalmente a região inter-scapular, é mais difficil proceder a este exame, tratando-se, como se trata,

de regiões normalmente pouco moveis. É claro que eu me refiro ao caso em que a gibbosidade não existe, porque esta em caso nenhum pôde deixar duvida.

Succede ás vezes que a contractura é muito accentuada e n'este caso ella torna-se, por assim dizer, visivel, não dando logar a duvidas.

A dôr é um phenomeno pouco apreciavel, sobretudo nas creanças em que se manifesta geralmente na parte lateral do rachis, o que nos leva a examinar o thorax, desviando-nos a attenção do rachis.

A maior parte das vezes a creança sente antes um mal estar.

No adulto o elemento dôr é mais para ponderar e geralmente mais intenso.

Podem-se distinguir: a dôr local, a rachidiana e a dôr irradiada a distancia.

A dôr irradiada a distancia, dôr em cintura ou sciatica dupla deve ser sufficiente para denunciar a origem e levar o medico a examinar a columna.

A dôr rachidiana é mais vaga, podendo ser produzida por alterações n'outros órgãos, como os rins, o estomago ou o utero.

A dôr local ou dôr provocada pela pressão do dedo sobre as apophyses espinhosas e sobre as gotteiras vertebraes, raras vezes tem um valor caracteristico n'uma epocha em que, não havendo ainda gibbosidade, o diagnostico é impreciso.

Todavia a dôr provocada pela pressão de uma determinada apophyse adquire um certo valor, principalmente existindo contractura.

A paraplegia é também um bom signal do mal de Pott e é algumas vezes o unico facto que nos leva a affirmar a existencia do morbo.

Ella póde consistir n'um enfraquecimento dos membros inferiores e difficuldade da marcha; n'este caso não teem um valor preciso, antes nos leva a examinar o rachis.

Quando a paraplegia é mais completa, a mobilidade dos membros inferiores é abolida com exaggeração de reflexos, contractura permanente e sobretudo com uma anesthesia dupla até uma determinada altura do tronco, o que nos indica a séde da lesão.

Quando tem por origem um tumor do rachis os phenomenos dolorosos são mais accentuados, sendo os doentes atormentados por violentas dôres locais ou irradiadas a distancia.

Tratando-se de adultos, o diagnostico póde tornar-se duvidoso a não ser que a presença d'um cancro ou foco tuberculoso n'outra região nos venha elucidar.

Quando um abcesso se mostra, a alteração vertebral é evidente e leva-nos a procurar a origem do mal.

Todavia alguns casos se podem dar; assim : a flexão da coxa para dentro póde levar o cirurgião a crêr na existencia de uma coxalgia, quando na realidade se trata de uma contractura do psoas determinada pela collecção purulenta.

É comtudo facil evitar o erro se o movimento de extensão da coxa se não realisa ou é limitado.

O caso pôde apresentar-se mais complexo :

O mal de Pott lombar é manifesto e é complicado por um abcesso que vae descendo até á raiz da coxa, determinando perturbações, como sejam : movimentos limitados — por exemplo a flexão.

Tratar-se-ha de uma coxalgia acompanhada do mal de Pott?

E n'este caso o abcesso é vertebral ou coxo-femural?

A presença ou visinhança d'um abcesso pôde por si só limitar o movimento de extensão da coxa, visto que elle occupa a bainha do psoas.

Pôde tambem limitar o movimento de flexão da coxa, sobretudo quando haja contornado a parte superior do femur e tenha apparecido na nadega para traz da coxa.

Os outros movimentos, porém, os movimentos de adducção, abducção e rotação executam-se ainda com grande liberdade e n'uma amplitude relativa. Todos estes movimentos se fazem, forçando-os mesmo um pouco, sem grande dôr, o que não succede na coxalgia em que a dôr é insupportavel.

Portanto, embora esta affecção possa coincidir com a tuberculose vertebral, o seu diagnostico não apresenta difficuldade.

Outro tanto não succede com a origem do abcesso em que nos podemos facilmente confundir ou devido a prolongamentos da bainha do psoas, ou á apparente integridade do psoas.

Todavia apesar das difficuldades que este diagnos-

tico apresenta é muitas vezes preciso fazel-o, quando tenhamos de intervir sobre uma fistula cuja suppuração abundante determine perigo para a vida do doente.

Nos abcessos do pescoço póde tambem haver duvida sobre a origem do pús.

Todavia quando não houver ganglios enfartados, podemos concluir que a origem da doença é vertebral.

Finalmente, a investigação das lesões pela radiographia poucos ou nenhuns resultados tem dado, não só porque a espessura das partes molles se destaca pouco do sombreado produzido pelas partes duras, como tambem não nos permite vêr os pequenos detalhes do fóco.

Comtudo em casos de tuberculose vertebral incipiente, o seu concurso póde ser valioso e esclarecer o diagnostico.

Tratamento.

No tratamento do mal de Pott, como no tratamento de todas as tuberculoses locais, temos a atender ao estado geral e ao estado local.

E assim temos de instituir o tratamento local e o tratamento geral.

N'uma tuberculose pulmonar, renal ou intestinal o estado geral é bastante comprometido, attendendo á importancia das funcções desempenhadas por estas visceras.

Ao contrario uma tuberculose local e no nosso caso uma tuberculose vertebral, é compativel com um estado hygido relativamente florescente.

Um foco vertebral não muito extenso é compativel com uma vida relativamente longa, porquanto a quantidade de toxinas lançadas na economia, sendo em pequeno numero, são facilmente destruidas.

Pelo contrario, se se trata de um foco de grande

extensão, as toxinas sendo em maior quantidade e de maior toxicidade, mais facilmente suplantam o organismo.

Nos individuos, cuja lesão é limitada a algumas vertebrae, o estado geral conserva-se satisfactorio, com um estado de nutrição regular, boas côres e conservação do appetite.

E tão natural é este facto que a desappareição do appetite e a emaciação do doente levam o medico a suppor a existencia de um abcesso por congestão, o que a observação plenamente confirma.

Este facto nos demonstra claramente que a alteração do estado geral sobrevem quando o residuo tuberculoso é grande e a superficie de absorpção extensa.

Algumas vezes, porém, com um abcesso volumoso mantem-se um estado geral satisfactorio: é que em tal caso a toxicidade dos productos bacillares é muito attenuada.

No tratamento geral da tuberculose não possuímos um medicamento especifico, se não contarmos com o iodo cuja acção é muitas vezes benefica e com o oleo de figados de bacalhau, que actúa sobretudo como alimento gorduroso, pois sabido é que os individuos ricos em tecido adiposo resistem mais facilmente á acção destructiva do agente bacillar.

Demais, nos individuos submettidos a tratamento de repouso, sujeitos portanto a constipações, este medicamento tomado em grandes doses actúa como laxativo, removendo os inconvenientes de uma estagnação fecal.

Mas se o tratamento medicamentoso tem uma importancia mediocre, não succede o mesmo com o tratamento hygienico cujo valor é incontestavel.

Bom ar, muita luz e boa alimentação são, como todos sabem, a base de todo o tratamento.

A alimentação deve ser proporcionada á idade e reconfortante, evitando a superalimentação, causadora de perturbações gastro-intestinaes.

Nas creanças até aos tres ou quatro annos a alimentação deve consistir principalmente em ovos e leite, fugindo ao uso excessivo da carne.

O meio em que os doentes vivem é tambem de extrema importancia para o bom exito do tratamento.

D'um modo geral podemos dizer que o tratamento nas cidades é quasi inefficaz.

É no campo e sobretudo á beira mar que o estado geral melhora mais rapido e completamente.

Nos individuos submettidos a tratamento em hospitaes especiaes, cujo movimento é grande e onde, portanto, não ha possibilidade de empregar a vida ao ar livre com o decubito dorsal, nota-se que certos doentes a quem sómente se applicou o collete gessado, tiram mais resultado que os que se conservaram em decubito dorsal nas enfermarias, embora perfeitamente arejadas.

Nas creanças de clinica extra-hospitalar, a quem as mães passeiam durante o dia pela praia, o resultado é tambem muito superior ao dos doentes albergados.

E já que fallamos n'estas differenças não deixa-

rei de mencionar o caso seguinte tirado dos annaes dos hospitaes maritimos de Berck-Sur-Mer:

«D..., de oito annos e meio de idade, entra no hospital a 16 de maio de 1896.

É portador de dois focos de tuberculose vertebral: um, dorsal medio, fórma uma grande gibbosidade e corresponde ás 6.^a, 7.^a, 8.^a, 9.^a, 10.^a, e 11.^a, vertebrae dorsaes; o outro lombo-sagrada, não dá logar senão a uma deformação minima.

A parte intermediaria do rachis é cavada em lordose.

Não tem abcesso.

Outras localisações bacillares se notam á entrada do doente para o hospital: lupus verrugoso sobre a face dorsal das duas mãos e sobre o punho esquerdo; spina ventosa do segundo metacarpiano direito; arthritis tuberculosa da espadua direita; cicatrizes de gommas nas duas nadegas e sobre a perna direita; lupus verrugoso pouco extenso do calcanhar esquerdo, otorheia direita; pequena fistula sternal ao lado esquerdo da ponta do sternum.

Ao todo dez focos tuberculosos.

A espadua direita apresenta em janeiro de 1897 uma leve tumefacção e movimentos muito limitados; um mez depois apparece um abcesso por debaixo do bordo posterior do deltoide.

Em março de 1897 este abcesso desapareceu e a spino-ventosa do segundo metacarpiano está em via de cura.

No mez de agosto de 1897 os reflexos são exag-

gerados, as pernas são fracas, mas estas perturbações não tem outra importancia.

A creança conservou-se deitada.

A 21 de novembro antrotomia.

Tiramos alguns pequenos sequestros e a otorheia diminue.

Em 16 de julho de 1898 notamos a presença de um abcesso da nadega esquerda de origem vertebral.

A anca do mesmo lado conserva todos os seus movimentos.

O abcesso é tratado por punctões e injeções de naphtol camphorado.

Ao cabo d'este tempo, torna-se superficial e abre-se ao nivel de uma picadura de punctão.

A suppuração benigna ao principio torna-se mais abundante; a creança emmagrece, perde o appetite e cachetisa-se.

Em maio de 1898, a mãe vem a Berck e passeia-o de carro na praia todo o dia.

Ao cabo de algumas semanas o estado geral levanta-se de uma maneira manifesta.

Em agosto de 1899, appareição de um grande abcesso lombar, quente e infectado, que é inciso a bisturi.

Em fevereiro de 1900 o doente que é passeiado todo o dia principia a nutrir-se; a fistula da coxa está fechada; a fistula lombar dá logar a um escoamento insignificante.

O rachis parece em via de reparação.

Os outros focos tuberculosos parecem curados.

A tuberculose apresentava-se sob uma forma particularmente grave n'esta creança.

A sua vida estava ameaçada de uma maneira evidente; se ella sobreviveu, este successo quasi inesperado deveu-se exclusivamente á influencia das medidas hygienicas que intervieram tardiamente.»

Tratamento local

O tratamento local visa cada um dos elementos symptomaticos: gibbosidade, abcesso, e perturbações paralyticas.

A indicação principal a que tem de visar todo o tratamento da gibbosidade consiste no repouso tão completo quanto possivel da parte affectada, evitando principalmente os movimentos de flexão do rachis e a acção compressiva de parte da columna suprajacente á lesão.

Como muito bem sabemos a acção compressiva e a mobilisação das vertebrae contribuem para favorecer a extensão do processo bacillar.

Portanto todo o tratamento deve tender a evitar estas duas acções.

Pela applicação d'um collete gessado consegue-se a immobilisação do rachis, mas não se consegue que as vertebrae deixem de primir umas sobre as outras; para que este resultado se obtenha, é necessario que o doente se conserve em decubito dorsal.

D'aqui resultam dois methodos de tratamento: o methodo de repouso e o methodo ambulatorio.

O methodo de repouso consiste em collocar o doente no decubito dorsal tão perfeito quanto possível, conservando-o ao ar livre para que o tratamento manifeste todos os seus beneficios.

O decubito horisontal, como methodo de tratamento, impõe-se de per si, pois que o simples facto de deitarem estes doentes é sufficiente para fazer desapparecer as dôres, dar-lhe um bem estar manifesto e levantar-lhe o estado geral.

Nos doentes portadores de abcessos, ainda as melhoras são mais accentuadas, não tendendo o abcesso a avolumar-se e desapparecendo muitas vezes por reabsorpção.

D'uma maneira geral, todas as vezes que um doente provido de um bom apparelho supporta mal a marcha, deve ser collocado em decubito dorsal.

No inicio do mal de Pott, em que a gibbosidade não existe, ou é muito pouco accentuada, é-se levado a contemporisar com o doente, permittindo a marcha e desprezando o methodo de repouso, unico que corresponde ás indicações d'um bom tratamento local.

Mais tarde n'uma gibbosidade já mais adeantada ainda, o methodo de repouso é superior ao methodo ambulatorio, permittindo uma reparação mais perfeita das lesões e diminuindo a possibilidade de formação de abcessos, sobretudo dos grandes abcessos

nas regiões lombares e cervical e a paraplegia resultante dos abcessos dorsaes.

Nos doentes, gravemente deformados, não é possível applicar o methodo de repouso porque a bossa a isso se oppõe; estes doentes apenas podem conservar o decubito lateral que nenhuma vantagem apresenta como methodo de tratamento.

N'estes individuos forçoso é recorrer ao uso de colletes.

Uma vez applicado o methodo de repouso é necessario prolongar a sua applicação para não perdemos todas as vantagens que elle proporciona ao doente.

Com effeito não é nada racional que se consista a marcha n'um doente cujo fóco tuberculoso possa ainda apresentar vitalidade, visto que o repouso mais completo da columna é a base de todo o tratamento.

Só ao fim de dois annos, dois annos e meio ou mesmo tres, é que o doente póde abandonar o decubito dorsal, pois só n'essa epocha se devem considerar como reparadas as lesões produzidas pela tuberculose.

Todas as vezes que hajamos deprehender um tratamento d'esta natureza é absolutamente necessario convencer o doente ou a sua *entourage* da necessidade imprescindivel de conservar o decubito dorsal durante um longo periodo, pois é este o unico tratamento racional e aquelle que mais facilmente o isenta de complicações.

Entre os differentes meios destinados a assegurar

o decubito dorsal temos a considerar, principalmente, a gotteira de Bonett, o leito de Lannelongue e o leito do hospital marítimo de Berck.

A gotteira de Bonett, primitivo aparelho destinado á immobilisação do doente, embora possa prestar serviços, é um aparelho imperfeito sobretudo para as creanças e pouco pratico para a satisfação dos necessarios actos de limpeza.

Mesmo com a modificação de Kirmisson, que permite o afastamento das pernas, constitue ainda um aparelho imperfeito.

No leito de Lannelongue remediaram-se a maior parte d'esses inconvenientes.

O doente é mantido por uma dupla cintura: profunda e superficial, que o fixa, impedindo-o de subir ou descer e deslocar-se lateralmente.

As pernas são mantidas por uma terceira cintura.

O colchão sobre que o doente repousa é firme, cheio a crina e de pontos muito approximados, de modo a evitar a formação de depressões.

Além d'isso está adherente a um estrado de madeira para menos facilmente se deformar.

No leito do hospital de Berck o estrado é substituido por um caixilho movel, permittindo mais facilmente a mudança e limpeza do colchão.

As cinturas de Lannelongue foram substituidas por uma especie de collete, com correias nas quatro extremidades que servem para fixar o doente: estas correias formam no seu conjuncto um X.

Além d'isso ha ainda duas tiras que passando por debaixo dos braços concorrem para immobilisar mais completamente o doente.

Nos doentes indoceis ha ainda uma peça supplementar destinada a immobilisar as pernas: é constituida por uma fxa que passa acima e abaixo dos joelhos e se fixa á cama lateralmente.

D'este modo os movimentos das pernas são muito limitados.

Qualquer que seja o apparelho adoptado, o methodo de repouso assegura uma immobilidade sufficiente do tronco, permittindo supprimir o mais completamente possível os movimentos de flexão e a pressão que as vertebrae exercem umas sobre as outras na posição erecta.

No leito de caixilhos póde-se tornar ainda mais viavel o repouso da columna pela adjuncção d'um calço que prime a região doente, exaggerando a lordose normal e desligando, por assim dizer, a parte doente da parte sã.

Além d'estes apparelhos temos ainda os de Beely que permittem deslocar o doente d'um logar para o outro e o leito gessado de Lorenz.

Methodo ambulatorio

Se o methodo de repouso é por assim dizer, o tratamento ideal da gibbosidade, não é menos certo que nem sempre é praticavel sobretudo nos hospi-

taes em que o movimento d'estes doentes seja muito accentuado.

É por isso que muitas vezes se substitue o methodo de repouso pelo methodo ambulatorio e o uso de colletes.

O uso de colletes é por seu turno applicavel quasi exclusivamente aos individuos magros, por quanto os individuos gordos não ós o não supportam facilmente, attendendo á falta de relevos, como tambem dada a existencia de paniculo adiposo, facilmente o apparelho escorrega sobre a pelle e se deforma.

Entre os differentes apparelhos ou colletes destinados ao uso dos doentes d'esta natureza os mais recommendaveis são os construidos pelo proprio medico, o collete gessado ou silicatado, não só attendendo á sua rigidez, como á impossibilidade em que o doente se encontra de se desembaraçar d'elle quando muito bem lhe appetega.

Os outros apparelhos, colletes orthopedicos, só n'um periodo tardio da convalescença se podem adotar.

O collete mais conhecido é o collete gessado ou de Sayre, applicado por elle a primeira vez em 1874 n'uma creança, filha de paes pobres, que não podiam supprir as despesas de um apparelho orthopedico.

Collocado o collete e deitado o doente n'um sophá, o medico retira-se por instantes e voltando encontra á janella a creança que momentos antes não podia conservar-se de pé.

Receando que a respiração fosse compromettida, fende-lhe o collete, mas não notando grande differença, tornou a fechar-o, seguindo a creança para casa de seus paes.

O fim que Sayre se propunha preencher com o seu collete era fazer repousar o peso da columna sobre as apophyses transversas cuja constituição é mais firme, alliviando d'este modo o rachis anterior cuja constituição é quasi exclusivamente esponjosa.

Para conseguir este desideratum elle collocou o doente n'uma extensão forçada, immobilizando-lhe então o rachis por meio do collete.

D'um modo geral todo o collete gessado deve ser feito de modo que abranja uma boa porção de rachis abaixo e acima da lesão.

É evidente que, formando o collete uma especie de virola, esta será tanto mais efficaç quanto mais alta fôr.

No mal de Pott cervical ou dorsal superior o aparelho deve ir desde a bacia até á nuca, envolvendo o pescoço de modo a immobilisar completamente a cabeça.

No mal dorsal médio o aparelho, apoiando-se sobre a bacia, deve ir até á base do pescoço.

N'um mal lombar o collete deve ir desde a bacia até á parte superior do dorso e a forqueta sternal, passando por sobre as axillas sem envolver o pescoço nem as espadas.

Finalmente, n'um mal dorsal inferior o collete deve ir desde a bacia até á base do pescoço.

Quanto á applicação do collete, alguns medicos fazem a applicação directa sobre a pelle, o que não é sem inconvenientes, sobretudo na creança cuja pelle facilmente se fende.

O melhor consiste em confeccionar o collete sobre uma malha ou uma leve camada de algodão.

Deve deixar-se sobre o estomago uma camada mais basta de algodão de modo a permittir os movimentos respiratorios e o augmento de volume que fatalmente acompanha a ingestão dos alimentos.

A construcção do collete gessado é feito do mesmo modo que todos os outrosapparelhos do mesmo genero, tendo o cuidado de escolher uma ligadura larga para mais facilmente se proceder á sua conclusão.

Nos colletes para o mal de Pott lombar e dorsal inferior, Sayre suspendia o doente pela cabeça e axilla, methodo que é geralmente seguido por todos os medicos.

Os colletes de Sayre, taes como elle os fazia, eram todos destinados a estas duas regiões.

Para as gibbosidades situadas mais acima elle fixava no dorso do collete uma haste metallica que seguia a linha mediana da nuca e contornava o occiput e o vertex.

Na extremidade d'esta haste estava implantada uma outra transversal, d'onde desciam duas ligaduras, uma das quaes passava sob o mento e outra sob o occiput.

Outros medicos preferem a posição horisontal para a applicação d'estes colletes.

Collocam o doente sobre dois supportes: um anterior sobre o qual se appoia a forqueta sternal e a face anterior das espaduas e outro posterior sob as coxas do doente, permittindo tornar a extensão mais ou menos accentuada, conforme o desviarmos ou approximarmos da bacia.

Por este meio pôde-se tornar mais perfeita a applicação do collete, porquanto sendo esta posição menos penosa para o doente, a podemos prolongar o tempo necessario para obtermos um apparelho solido e bem moldado.

Terminada a sua applicação resta-nos affeigoal-o, cortando uma tira na raiz das coxas de modo a permittir ao doente sentar-se; do mesmo modo procederemos para com a axilla de maneira a tornal-o o menos incommodo possível.

No mal de Pott dorsal superior e cervical o collete deve estender-se desde a bacia até á base da cabeça, envolvendo o pescoço e conservando-o em extensão forçada.

Para a applicação do collete n'este caso é absolutamente imprescindivel a suspensão do doente, o que facilmente se realisa por duas ligaduras que, passando por sobre o mento e a nuca, se reúnem na região temporal.

Esta posição que é facilmente supportada pela creança é quasi intoleravel para o adulto.

O individuo deve collocar-se não absolutamente suspenso, mas apoiado nas extremidades dos pés: d'este modo o doente fatiga-se mais rapidamente e facilita a tarefa do medico.

E' preciso que na applicação do aparelho o moldemos o mais possivel sobre o pescoço, dando-lhe uma base solida e não larga em demasia para não causarmos embaraço á funcção respiratoria.

Para envolvermos o pescoço recobre-se primeiramente toda a cabeça, menos a face, supprimindo depois o excedente de modo que o aparelho só se prolongue até á base do pescoço.

Para terminar este capitulo sobre o tratamento da gibbosidade restava-me fallar sobre o endireitamento forçado do rachis, mas como isso passou á historia, abstenho-me de fallar sobre elle.

Abcessos. — Todo o tratamento dos abcessos do mal de Pott consiste em evitar a sua abertura e, quando não nos seja possivel evital-a, tratar o mais possivel de prevenir as infecções secundarias.

O grande perigo de um abcesso aberto é a septicemia.

Como, porém, a maior parte das vezes o abcesso tende a augmentar de volume e a abrir caminho para o exterior, é-se forçado a intervir, esvaziando o abcesso por uma punção evacuatora.

Ao mesmo tempo que se pratica a punção costuma-se fazer a injeccção de substancias modificadoras, que não actuando sobre o bacillo mesmo, esti-

mulam a defeza local, restabelecendo a vantagem da lucta a favor do organismo.

Os agentes mais geralmente empregados são o ether iodoformado, o naphthol camphorado e o thymol camphorado.

D'estes tres agentes o ether iodoformado deve ser regeitado pelas dôres que occasiona a distensão da bolsa, e o segundo pela incerteza da acção e pela sua toxicidade e finalmente o terceiro é de todos o que mais vantajoso se mostra pela constancia da acção e minina toxicidade.

Todos estes corpos além da acção local de que já fallamos possuem uma acção dissolvente ou emulcionante que facilita a detersão das paredes do abcesso.

Para praticar a punção servimo-nos d'um aparelho aspirador, o aparelho de Potain, cujo trocart se introduz nos tecidos até ao abcesso, procedendo-se acto continuo á sua evacuação seguida da injecção modificadora.

Se se trata d'um abcesso do psoas, deve-se primeiramente explorar a collecção, determinar o ponto onde ella é mais volumosa e escolher esse ponto para penetração do trocart.

O ponto preferido para a prefuração do abdomen está situado na proximidade da espinha iliaca antero superior a um ou dois centimetros d'ella.

D'ahi o trocart é dirigido para o ponto mais volumoso da collecção, penetrando atravez do psoas proximo á parede ossea de modo a evitar a lesão do peritoneu.

Um outro perigo consiste na perfuração dos vasos iliacos, perfuração que se evita seguindo de perto a parede ossea da bacia.

Uma vez atravessada a parede abdominal, continuando o trocart na direcção que primitivamente lhe attribuímos, elle attinge a parede do abcesso que perfura, dando a sensação de um obstaculo vencido.

Retirado o punção, o liquido corre com mais ou menos facilidade conforme a maior ou menor proporção de materiaes solidos que o liquido contenha.

Esvaziado o pús, procede-se á injectão modificadora constituida por dez ou quinze grammas de thymol camphorado, liquido que, como dissemos, tem a vantagem de ser pouco toxico.

Terminada a injectão, retira-se o trocart, espreme-se os bordos da ferida do punção e protege-se por um penso de algodão collodionado.

As consequencias d'esta operação são nullas a maior parte das vezes, apenas uma pequena dôr na occasião da punção e nada mais.

Convém esperar quinze a vinte dias antes de renovar a injectão, a não ser que o abcesso se reproduza muito rapidamente.

Quando o trocart mal dirigido não penetrou á primeira no abcesso, pôde-se tentar de novo, explorando com attenção, mas sem insistir longo tempo, com receio de ferir o peritoneu ou o intestino.

Algumas vezes succede que o trocart atravessa a bolsa de um lado a outro, sendo necessario recuar um pouco o trocart para que o liquido corra.

Ambos estes accidentes se dão geralmente por falta de um exame previo sufficiente e cuidadoso.

Succede muitas vezes que o pús que ainda se conserva na bolsa ou se formou de novo levanta o penso collodionado, fazendo-o destacar.

Não devemos desanimar: todos os dias o penso é levantado, o pús evacuado e o penso repostado. Ao cabo de um certo numero de dias o penso mantem-se e a fistula termina por fechar.

Quando o abcesso é superficial não devemos punccionar a pelle na sua parte mais adelgada, mas sim na sua porção mais espessa, tendo ainda o cuidado de punccionar obliquamente para augmentar o tracto e facilitar a adhesão dos tecidos.

Nos abcessos quer nadegueiros quer femuraes em que haja um abcesso do psoas com o qual estejam em communicação, devemos de preferencia atacar este ultimo, porque a injectão modificadora deve ser feita o mais proximo possivel do fóco vertebral.

A medida que se vão repetindo as punctões, o aspecto do pús vae-se modificando, passando de caseoso a filifero com menos quantidade de materiaes solidos, até se tornar completamente transparente.

Esta mudança de aspecto indica-nos o inicio da cura e corresponde a uma modificação das paredes do fóco, que de fungoso passa a granuloso.

Se o abcesso fôr superficial com tendencia para a abertura espontanea, mais vale abril-o largamente, curetal-o e tentar a reunião das suas paredes por primeira intensão.

Alguns cirurgiões em vez de se limitarem a resecar ou curetar o abcesso, pretenderam levar mais longe a sua acção e atacar directamente o fóco vertebral; a experiencia, porém, provou que taes intervenções pouco valor teem como methodo de tratamento.

Entretanto descreverei o processo de Vincent para a região dorsal e a de Treves para a região lombar.

Processo de Vincent. — Faz-se uma incisão vertical ao longo do bordo externo da massa muscular das gotteiras vertebraes na extensão de oito a dez centímetros.

Sobre esta incisão faz-se cahir uma outra horizontal, seguindo o intervallo de duas costellas, escolhendo o espaço inter-costal que está ao nível da parte mais saliente da gibbosidade.

Reseccam-se uma ou duas costellas se o espaço inter-costal fôr insufficiente para a exploração e passagem do dreno.

Pratica-se nova incisão do outro lado do rachis e ao mesmo nível.

Afastam-se os musculos inter-costaes, destaca-se a pleura e os tecidos com a sonda cannelada e o dedo, até que seguindo as fungosidades se attinja o seio de inflexão da columna ou o triangulo prémedullar deixado pela fusão de um ou mais corpos vertebraes ou entre dois corpos vertebraes doentes.

Duas sondas canneladas ou dois dedos enterrados

muito obliquamente pela via lateral, assim creada pelas incisões, vão ao encontro um do outro, de modo a permittir a passagem do dreno, que um estylete agulhado e recurvado em semi-circulo facilmente realisa.

Trepanação e drenagem trans-vertebral ou transsomatica

Os tempos operatorios são os mesmos até ao momento em que as duas incisões deem luz sobre as duas faces da vertebra.

Introduzindo então uma sonda cannelada muito obliquamente e de fóra para dentro, apoiando-a sobre o bordo superior de uma costella e seguindo as fungosidades, chega-se ao corpo da vertebra que se encontra desnudado, na espessura da qual a extremidade arredondada poderá enterrar-se directamente pelo orificio de sahida do pús se o corpo vertebral é cavado d'um fóco de osteite tuberculosa.

Substitue-se então a sonda por uma cureta cortante e servimo-nos d'ella como d'um perfurador.

A camada externa da vertebra cede facilmente se ha uma cavidade de osteite.

Se a resistencia á perfuração fôr muito grande, devemos concluir que não ha fóco central e que a osteite não existe senão á superficie do corpo vertebral e n'este caso limitar-nos-hemos á curetagem e collocação d'um dreno.

Havendo, porém, uma cavidade, continuamos a

perfuração até que se sinta a resistencia da parede oposta ceder debaixo da acção da cureta.

Passa-se em seguida o dreno, lavam-se as incisões e reúnem-se por uma sutura.

Processo de Treves para attingir a columna lombar

Os detalhes da operação são os seguintes, suppondo que queremos intervir na segunda ou terceira vertebra lombar: incisão vertical de sete centímetros, cujo centro corresponda ao meio da linha que une a crista iliaca á ultima costella e segue o bordo externo da massa sacro-lombar.

A largura d'esta massa é no adulto de sete a nove centímetros.

A incisão ficará situada a sete centímetros da linha média.

Depois de ter cortado o fascia superficialis, cahimos sobre a aponevrose espessa que recobre a parte posterior da massa sacro-lombar.

Esta aponevrose, absolutamente tendinosa na sua parte inferior, dá nascimento na sua metade superior a algumas fibras do grande dorsal dirigidas para cima e para fóra.

A divisão vertical põe a nú a massa sacro-lombar que se reclina para a linha média.

A parte anterior da bainha do musculo é então descoberta.

Esta bainha não adere ao musculo nem na parte anterior nem na parte posterior.

Procura-se atravez do folheto anterior as apophyses transversas e sobretudo a terceira lombar que é muito longa e saliente; seccionam-se juntas aos vertices e cahe-se no quadrado dos lombos, formado de fibras obliquas, misturadas a fibras tendinosas, partindo dos vertices.

Esta nova camada é assim cortada na extremidade das apophyses, augmentada prudentemente até que o musculo seja dividido em toda a extensão da ferida cutanea.

O bordo interno do quadrado dos lombos é ultrapassado pelo psoas, de modo que este nos apparece então. As fibras do psoas teem a mesma direcção que as fibras posteriores do quadrado dos lombos.

O intervallo entre os dois musculos é occupado por uma camada delgada, mas distincta do tecido cellular, conhecido sob o nome de canal anterior do fascia lombar.

Algumas fibras tendinosas do psoas são cortadas ao nivel de uma apophyse e em seguida insinua-se docemente o dedo, sobre a face anterior d'este, até que se tenha attingido os corpos vertebraes.

Com precaução não se corre o risco de abrir o tecido retro-peritoneal e ainda menos o de ferir o peritoneu.

Evitar-se-ha todo o risco d'este lado, fazendo a incisão no quadrado dos lombos, tão proximo quanto possivel da apophyse transversa.

Os ramos abdominaes das arterias lombares pas-
sam na quasi totalidade por detraz do quadrado ; en-
tretanto o primeiro ramo passa por diante e algumas
vezes os que nascem das duas lombares inferiores
seguem a mesma direcção.

Estes vasos podem ter um calibre quasi tão grosso
como a lingual.

Evitar-se-hão como os troncos de onde nascem,
razando as apophyses transversas, pois que os tron-
cos passam sobre os corpos vertebraes entre as apo-
physes e é entre ellas tambem que se faz a divisão.

Ambas estas operações, como já dissemos, nenhu-
mas vantagens offerecem, não só porque não conse-
guem supprimir toda a parte doente, como tambem
porque a observação mostra que os seus resultados
são nullos ou insignificantes.

Tratamento da paraplegia

O tratamento da paraplegia do mal de Pott fun-
da-se na sua origem, que é a compressão da medulla
pela collecção purulenta.

Toda a causa, pois, que tender a aggravar a com-
pressão medullar tende a augmentar a paraplegia ;
pelo contrario toda a causa tendendo a diminuir a
compressão tende a fazer decrescer os phenomenos
paraplegicos.

D'aqui a adopção de dois methodos: o methodo
de repouso e o methodo operatorio.

O methodo de repouso é o mesmo indicado para a gibbosidade e consiste em conservar o doente em decubito dorsal.

O defeito d'este methodo consiste na sua pouca efficacia e longa duração do tratamento.

No methodo operatorio, muito mais efficaz, temos a considerar dois methodos: o methodo da lamnectomia e a costo-transversectomia.

A primeira consiste na ablação de tres ou mais apophyses espinhosas com as laminas correspondentes e a segunda consiste na resecção de parte de uma costella e da apophyse transversa respectiva.

A lamnectomia tem por primeiro inconveniente ser grave por si mesma.

Ella abre largamente o canal rachidiano e põe a nú as meninges n'uma grande extensão.

O rachis já interrompido para diante e ligado de um segmento ao outro pela serie dos arcos posteriores, fica após a lamnectomia quasi totalmente separado em duas partes independentes. A perda de substancia para traz, juntando-se ao nivel da fractura pathologica dos corpos para diante, os dois segmentos ficam apenas ligados entre si pelas apophyses articulares.

D'este modo o rachis torna-se muito mais fragil e mais difficilmente resiste aos progressos da inflexão.

Como se isto ainda não bastasse, o numero de mortes post-operatorias, a fraca proporção dos successos, são mais que sufficientes para pôr de lado esta operação.

Na costo-transversectomia estes inconvenientes não se dão: aqui a abertura da collecção purulenta faz-se ao lado da columna, penetrando directamente no fóco, poupando d'este modo a segurança do rachis.

Demais o retorno das funcções medullares é muito mais rapido do que na lamnectomia.

Por muito rapidas que sejam as melhoras, não devemos consentir que o doente se levante senão passados varios mezes e quando a suppuração resultante da fistula se tornar insignificante.

O doente deve ser sustentado tanto quanto possível por um aparelho gessado de fórma apropriada.

Taes são succintamente expostos os methodos de tratamento da tuberculose rachidiana.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva. — O cocix é mais importante na mulher que no homem.

Anatomia topographica. — A anatomia topographica é a bussola do operador.

Physiologia. — A elevação de temperatura faz augmentar o numero de movimentos respiratorios.

Pathologia geral. — A bacteriologia é insufficiente para explicar a etiologia em grande parte das doenças.

Anatomia pathologica. — Os tumores metastaticos e heteromorphos pleiteam em favor da theoria cellular.

Pathologia interna. — A hygiene é fundamental no tratamento das doenças.

Pathologia externa. — O methodo das massagens é o mais racional no tratamento das fracturas.

Materia medica. — Não participo do scepticismo geral em materia medicamentosa.

Operações. — São a parte mais racional e radical da therapeutica.

Medicina legal. — O exame medico nos attentados ao pudor é quasi sempre de resultados nullos como prova judicial.

Hygiene. — O systema de esgotos em separado é preferivel ao *tout á l'égout*.

Partes. — A apresentação transversal é um caso de dystocia.

Visto.

A. Flacido da Costa,
Presidente.

Póde imprimir-se.

Mozes Caldas,
Director.